

Pirjo Pulkkinen-Närhi, Hanna Hakulinen, Päivi Jalonen, Pirjo Manninen

Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän

KEHITTÄMINEN

Erilaisten organisointi- ja toimintamallien arviointia
(SEUTU-hanke)



		KUVAILULEHTI	
Julkaisija: Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji: Loppuraportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi: Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän kehittäminen. Erilaisten organisointi- ja toimintamallien arviointia (SEUTU-hanke)			
Tiivistelmä			
<p>Hankkeen tavoitteena oli kehittää kunnallista työterveyshuollon palvelujärjestelmää seuraamalla ja arvioimalla kehittämishankkeita etenkin pienissä kunnissa haja-asutusalueilla. Kunnallisen työterveyshuollon kehittämistä lähestyttiin tarkastelemalla organisointi- ja toimintatapojen eroavaisuuksien vaikutusta työterveyspalvelujen saatavuuteen, toimivuuteen, tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hankkeessa kehitettiin myös työkaluja kunnallisten työterveysyksiköiden käyttöön oman toiminnan arvioimiseksi ja kehittämiseksi. Osana hanketta oli Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen järjestämä verkostoseminaaritoiminta, jonka tavoitteena on tukea informaatio-ohjauksella ja vertaistuellalla kunnallisen palvelujärjestelmän toimivuutta, tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Hanke on osa VETO-ohjelmaa.</p> <p>Hankkeessa arvioitiin kahta uutta kunnallisen työterveyshuollon organisointi- ja toimintamallia: Oulunkaaren verkostoyhteistyö ja Savonlinnan seudun kunnallisen ja yksityisen työterveyshuollon yhteistyönä syntyntä rekisteröityntä yhdistystä (ry). Näitä malleja verrattiin keskenään sekä suhteessa perinteisellä mallilla toimivaan tulosvastuulliseen työterveysyksikköön. Hankkeessa hyödynnettiin menetelmätriangulaatiota käyttämällä määrällistä ja laadullista otetta. Arviointia ja vaikuttavuutta tarkasteltiin realistisen arviointitutkimuksen viitekehyksen kautta.</p> <p>Hanke tuottaa uutta tietoa kokemuksista, joiden perusteella työterveyshuollon palvelurakenteita ja sisältöä voidaan kehittää joustavien palveluiden turvaamiseksi sekä parantaa työterveyshuollon palvelujen saatavuutta ja laatua haja-asutusalueilla. Työterveyshuoltoa tulee kehittää tavoitteellisesti, kokonaisuus ja rajapinnat huomioonottaen. Hankkeen tulokset osoittavat, että toimintatapaa muuttamalla tai kehittämällä vaikutukset ulottuvat lyhyelläkin aikavälillä palvelujen saatavuuteen, työterveysyksikön toimivuuteen ja tuloksellisuuteen ja asiakastytytyväisyyteen.</p> <p>Hankkeen johtopäätöksenä voidaan todeta seuraavaa: 1) Kunnallisen työterveyshuollon onnistuneessa kehittämisessä keskeisiä asioita ovat: a) Kunta- ja terveydenhuoltopäätäjien tietämyksen lisääminen työterveyshuollon mahdollisuuksista työikäisen väestön terveyden, yritysten hyvinvoinnin ja alueen elinvoiman kasvattajana. b) Kunnallisessa työterveyshuollossa muutos on monitasoinen ja -ääninen. Tavoitteellinen muutos vaatii eri toimijoiden ja erilaisten näkökulmien huomiointia ja yhteensovittamista. c) Pienten yksiköiden voimavarat eivät riitä lakisääteiseen hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiseen työterveystoimintaan. Lääkäriresurssin turvaaminen haja-asutusalueilla on haaste työterveyshuollon toimivuuden kannalta. Pienillä yksiköillä on kehittämishalua, mutta vähäisten resurssien ja puutteellisen osaamis pääoman vuoksi kehittämiskykyä ei ole. d) Työterveyshuollon toimijat pystyvät tarkastelemaan työterveyshuollon kehittämistä oman yksikön toiminnallisuutta tarkastelemalla. Laajemman näkemyksen sekä tavoitteellisen rakenteita ja sisältöä koskevan kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa tarvitaan usein ulkopuolista asiantuntijatukea ja informaatio-ohjausta. 2) Julkisen ja yksityisen työterveyshuollon yhdistäminen on mahdollista, kun alueelliset lähtökohdat ovat suotuisat. Ry:n tyyppinen toiminta vastaa hyvin yritysasiakkaiden tarpeisiin. Asiakasyritysten edustajat toimivat ry:ssä kahdessa roolissa: ry:n hallintoelimissä ja yrityksensä työterveyshuoltopalvelujen tilaajana. Tämä tuo haasteita työterveyshenkilöstölle luottamuksen ja puolueettomuuden saavuttamiseksi.</p>			
Asiasanat: arviointi, kehittäminen, muutos, palvelut, terveydenhuolto, tutkimus, työterveyshuolto, vaikuttavuus			
Muut tiedot: Julkaistaan vain verkossa			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:23		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2617-2 (PDF)
Kokonaissivumäärä 49	Kieli Suomi	Hinta: verkkojulkaisu	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus, books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

		PRESENTATIONSBLAD	
Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation: Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
Publikationens titel: Utveckling av det kommunala företagshälsovårdssystemet. Utvärdering av olika organisations- och verksamhetsmodeller (SEUTU-projektet)			
Referat			
<p>Projektets mål var att utveckla servicesystemet för den kommunala företagshälsovården genom att följa och utvärdera utvecklingsprojekt, speciellt i små kommuner på glesbygden. Man närmade sig utvecklingen av den kommunala företagshälsovården genom att granska hur skillnaderna i fråga om organisations- och verksamhetssätt påverkar tillgången på företagshälsovårdstjänster samt deras funktion, resultat och effekter. Inom ramen för projektet utvecklades också verktyg för de kommunala företagshälsovårdsenheternas utvärdering och utveckling av den egna verksamheten. Som en del av projektet ordnade social- och hälsovårdsministeriet och Arbetshälsoinstitutet tillsammans nätverksseminarier, vilkas syfte var att stöda det kommunala servicesystemets funktion, resultat och effekter med hjälp av informationsstyrning och kamratstöd. Projektet är en del av VETO-programmet.</p> <p>Projektet utvärderade två nya organisations- och verksamhetsmodeller för den kommunala företagshälsovården: Oulunkaari nätverkssamarbete och den registrerade förening (rf) som uppstod som resultat av samarbetet mellan den kommunala och den privata företagshälsovården i Nyslottsregionen. De här modellerna jämfördes sinsemellan samt i relation till en resultatansvarig företagshälsovårdsenhet som fungerar i enlighet med den traditionella modellen. I projektet utnyttjade man ett kvantitativt och kvalitativt grepp genom metodtriangulering. Utvärderingen och effekten granskades med hjälp av en referensram för realistisk utvärderingsforskning.</p> <p>Projektet producerar ny information om erfarenheter, utifrån vilka man kan utveckla företagshälsovårdens servicestrukturer och innehåll för att säkerställa utbudet av flexibla tjänster samt förbättra tillgången och kvaliteten på företagshälsovårdstjänster på glesbygden. Företagshälsovården bör utvecklas målmedvetet, med beaktande av helheten och kontaktytorna. Projektets resultat visar att man genom att ändra eller utveckla verksamhetssättet också på kort sikt kan få effekterna att sträcka sig till tillgången på tjänster, företagshälsovårdsenhetens funktion och resultat samt kundnöjdheten.</p> <p>Följande slutsatser kan dras av projektet: 1) Centrala frågor i en lyckad utveckling av den kommunala företagshälsovården är: a) Kommunens och företagshälsovårdens beslutsfattare får bättre kunskaper om företagshälsovårdens möjligheter att förbättra hälsan hos befolkningen i arbetsför ålder, företagets välbefinnande och regionens livskraft. b) Förändringen i den kommunala företagshälsovården sker på flera nivåer och mångstämmigt. En målmedveten förändring kräver att man beaktar och passar ihop olika aktörer och olika perspektiv. c) Små enheters resurser räcker inte till företagshälsovårdsverksamhet i enlighet med lagstadgad god praxis för företagshälsovården. Tryggandet av läkarresurserna på glesbygden är en utmaning med tanke på företagshälsovårdens funktion. Små enheter vill gärna utvecklas, men förmågan saknas på grund av knappa resurser och bristfälligt kunskapskapital. d) Aktörerna inom företagshälsovården kan granska utvecklingen av företagshälsovården genom att granska den egna enhetens funktionsduglighet. För planeringen och genomförandet av en mer omfattande vision samt en målmedveten utveckling av strukturer och innehåll behövs ofta externt expertstöd och informationsstyrning. 2) Det är möjligt att sammanföra den offentliga och den privata företagshälsovården, då det regionala utgångsläget är gynnsamt. Verksamhet i form av en registrerad förening motsvarar företagskundernas behov. Kundföretagets representanter innehar två roller i föreningen: i föreningens förvaltningsorgan och som beställare av företagets företagshälsovårdstjänster. Detta medför utmaningar för företagshälsovårdspersonalen i fråga om att uppnå förtroende och objektivitet.</p>			
Nyckelord: effektivitet, forskning, företagshälsovård, förändring, hälso- och sjukvård, tjänster, utvärdering, utvecklande			
Övriga uppgifter: Publicerad endast på nätet			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2008:23		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2617-2 (PDF)
Sidoantal 49	Språk Finska	Pris Nätpublikation	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

		DOCUMENTATION PAGE	
Publisher: Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Type of publication: Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
Title of publication: Development of the Municipal System for Occupational Health Services in Finland. Assessment of different organizational and operating models (the SEUTU project)			
Summary			
<p>The aim of the SEUTU project was to develop the municipal occupational health services (OHS) by monitoring and assessing development projects particularly in small municipalities in sparsely-populated areas. The development of municipal OHS was approached by examining the impact of differences in organization and operating methods on the availability, functionality, productivity, and effectiveness of OHS. The project also developed tools for the use of municipal OHS units in order to assess and develop their own activities. Network seminars organized by the Ministry of Social Affairs and Health and the Finnish Institute of Occupational Health formed an important part of the project, with the aim of supporting the functionality, productivity and effectiveness of the municipal service system through dissemination of information and peer support. The project is part of the VETO Programme.</p> <p>The project assessed two new models to organize OHS: the network collaboration in the Oulu Arc subregion and a registered organization that emerged from the collaboration of municipal and private OHS in the Savonlinna region. These models were compared to each other and to an OHS unit of the traditional model based on profit responsibility. Method triangulation was applied using both quantitative and qualitative approach. The framework of realistic evaluation research was utilized in the assessment of effectiveness.</p> <p>The project produces new information on experiences that enable the development of OHS service structures and contents to ensure flexible provision of services and to improve the availability and quality of occupational health services in sparsely-populated areas. Occupational health services must be developed in a goal-oriented manner, with an eye on the big picture and accounting for the interfaces to clients and other relevant parties. Results from the project show that changing or developing operating methods generates results in the availability of services, the functionality and productivity of the OHS unit, and customer satisfaction, even within a short time frame.</p> <p>The following conclusions can be made from the project. 1) Central aspects in successful development of municipal OHS are as follows. a) The knowledge of municipal decision makers on the opportunities of OHS to impact the health of the working age population, the well-being of companies, and the livelihood of the region should be increased. b) The change in municipal OHS is multivoiced and occurs on many different levels. Purposeful and goal-oriented change presumes the inclusion of different actors and viewpoints. c) The resources of small units are not sufficient for the organization of statutory occupational health services in accordance with good occupational health practice. Securing a sufficient number of physicians for sparsely-populated areas is a challenge for the functionality of occupational health services. Small units are interested in developing their operations, but limited resources and an insufficient competence level hinder the work. d) OHS personnel are able to examine the development of occupational health services by observing the activities of their own unit. External expert support and guidance is often needed in the planning and implementation of a broader vision and purposeful development of structures and content. 2) Combining public and private occupational health services is possible when the requisite regional frameworks are sufficient. Operating in the form of a registered organization corresponds well to the needs of the company clients. The representatives of client companies function in two roles: in the administrative organs of registered organization and as the commissioner of occupational health services in the company. This brings new challenges for OHS personnel to achieve trust and impartiality.</p>			
Key words: change, development, effectiveness, evaluation, health care, occupational health care, research, services			
Other information: Only available as an Internet publication			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:23		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2617-2 (PDF)
Number of pages 49	Language Finnish	Price Internet publication	Publicity Public
Orders Helsinki University Press books@yliopistopaino.fi, www.yliopistopaino.fi/bookstore		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällysluettelo

KUVAAILULEHTI.....	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE	7
1 Tausta.....	10
2 Tavoitteet.....	12
3 Aineisto, menetelmät ja aineiston analysointi.....	12
3.1 Aineisto	12
3.2 Menetelmät ja analysointi.....	16
3.3 Realistinen arviointitutkimus.....	16
4 Eettiset asiat.....	17
5 Tulokset.....	18
5.1 Toimintaympäristönäkökulma.....	18
5.2 Henkilöstönäkökulma	27
5.4 Verkostoseminaarit.....	33
5.5 Työajanseuranta- sekä kustannuslaskenta ja hinnoittelu työkalut.....	34
6 Tulosityhteenveto, pohdinta ja johtopäätökset.....	35
6.1 Kolme selviytymistarinaa, yhteenveto toimintamalleista	35
6.2 Tulosten yhteenveto.....	37
6.3 Pohdinta ja johtopäätökset.....	39
7 Lähteet	43
Liitteet.....	44
Liite 1.Yksikkökuvaukset vuonna 2005.....	44
Liite 2.Verkostoseminaarin posterit	45
Liite 3.Toimintamallien SWOT-analyysistä tehty yhteenvetotaulukko	46

I Tausta

Kunnallinen työterveyshuolto on Suomen lakisääteisen työterveyshuoltojärjestelmän perusta. Työterveyshuolto tuli osaksi kunnallista terveydenhuoltojärjestelmää kansanterveys- ja työterveyshuoltolailla 1970- ja 1980-luvuilla. Työterveyshuollon järjestäminen säädettiin työterveyshuoltolailla työnantajille pakolliseksi 1978. Työnantajan on mahdollista järjestää lakisääteiset työterveyshuoltopalvelut itse tai hankkia ne yksityiseltä tai julkiselta palveluntuottajalta. Terveyskeskuksille on kansanterveyslaila säädetty velvoite tuottaa työterveyshuoltopalvelut alueellaan toimiville yrityksille, julkisyhteisöille, yrittäjille ja omaa työtään tekeville.

Kunnallinen työterveyshuoltojärjestelmä on koko maan kattava, mutta sen kehittäminen on ollut epätasaista. Kunnallisten työterveyshuoltopalvelujen taso ja palvelujen saatavuus vaihtelevat paljon eri paikkakunnilla (Räsänen 2002, Lamberg ja Kaihilahti 2003). Terveyskeskuksista löytyy hyvin kehittyneitä ja palveluvalmiita laadukkaita palveluita tuottavia yksiköitä, mutta monilla terveyskeskuksilla on vaikeuksia tuottaa tarvittavat palvelut. Suuria vaikeuksia on muun muassa pienten maaseutukuntien terveyskeskuksilla, joissa työterveyspalvelut tuotetaan osa-aikaisen työterveyshenkilöstön voimin. Näillä paikkakunnilla ei yleensä ole tarjolla myöskään yksityisiä työterveyshuollon palveluntuottajia (Räsänen 2002).

Kunnalliset työterveyspalvelut, kuten muutkin terveydenhuoltopalvelut tuotetaan yleensä lautakunnan alaisissa, menobudjetoiduissa terveystoimen yksiköissä. Muusta terveydenhuollosta poiketen työterveyspalvelut on tarkoitettu tuotettavaksi niin, että palvelutuotoilla katetaan palvelusta aiheutuneet kulut (Huhtala 1999). Vuoteen 1995 saakka kunnallisen työterveyshuollon maksut olivat asetuksella säädeltyjä. Vuonna 1995 asetusta muutettiin siten, että palvelujen hinnoittelun perusteina käytetään hyvän työterveyshuoltokäytännön toteuttamisesta aiheutuvia tarpeellisia ja kohtuullisia kustannuksia. Vaikka hinnoittelumahdollisuus muuttui, on vanhoista käytännöistä ja toimintaa vastaamattomasta palvelujen hinnoittelusta eroon pääsy ollut monin paikoin hidasta. Monessa kunnassa työterveyshuolto vaikuttaa jääneen muun avoterveydenhuollon varjoon, eikä sitä ole osattu kehittää ja käyttää oman kunnan hyväksi. Terveyskeskusten ongelmana monissa työterveysyksiköissä on lisäksi työterveyslääkäreiden suuri vaihtuvuus ja lääkäripula (Virokannas 2003).

Monet kunnat ovat joutuneet taloudelliseen ahdinkoon. Kunnat ovat tiivistäneet yhteistyötä ja alkanee tehdä kuntaliitoksia selvittääkseen lakisääteisistä velvoitteistaan muun muassa terveydenhuollon alalla.

Vuoden 2002 alussa voimaan tullut uudistettu työterveyshuoltolaki toi työterveysyksiköille uusia haasteita. Näyttää siltä, että etenkin pienten kunnallisten työterveyshuoltoyksiköiden on hankala suoriutua nykyisistä lakisääteisistä tehtävistään ja toimia hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti. Pienten kunnallisten työterveyshuoltojen suurimpina ongelmina ovat niukat henkilöresurssit, ongelmat toiminnan organisoinnissa sekä heikko taloudellinen kannattavuus (Lamberg ja Kaihilahti 2003).

Näitä taustoja vasten on hyvin ymmärrettävissä terveyskeskusten halu alueelliseen yhteistyöhön työterveyshuollossa ja sitä kautta yksikkökoon kasvattamiseen. Suuremmalla yksiköllä nähdään olevan enemmän sekä toiminnallista että taloudellista liikkumavaraa. Palvelujen laadun kannalta on tärkeää, että yksikön moniammatillisuus pystytään turvaamaan.

Työterveyslaitoksella helmikuussa 2003 tehtiin puhelinhaastattelu kaikkiin maamme terveyskeskusten työterveysyksiköihin. Sen mukaan lähes puolet kunnallisista työterveysyksiköistä oli tehnyt viimeisen kahden vuoden aikana toiminnallisia muutoksia yksikössään tai niitä on parhaillaan meneillään tai suunnitteilla seuraavan lähimmän kahden vuoden aikana. Näistä muutoshankkeista merkittävä osa oli yksikkökoon kasvattamiseen tähtäävää alueellisen yhteistyön lisäämistä (Pulkkinen-Närhi ym. 2003).

Pulkkinen-Närhen ym. (2003) mukaan muutamia uusia yksikkökoon kasvattamiseen tähtääviä organisointimalleja oli jo virinnyt. Esimerkiksi Itä-Suomen terveyskeskuksia koetteleva lääkäripula oli osaltaan vaikuttamassa Kaakkois-Savon terveyskeskuskuntayhtymän ja yksityisten yritysten työtervey-

syksiköiden yhteistyön syntymiseen. Jotkut kunnat ulkoistivat työterveyshuoltopalvelujen tuottamisen kokonaan ja vielä useammat joutuivat ostamaan työterveyslääkäripalvelut yksityiseltä työterveyssektorilta. Nämä uudet toimintatavat ovat lähtöisin työterveyshuollon toimintakentästä. Koska hyvin moni kunnallinen työterveysyksikkö on miettimässä toimintansa kehittämistä, on tärkeää jatkossa arvioida uusia organisointimalleja ja toimintatapoja ja verrata niitä toisiinsa sekä perinteiseen terveyskeskuksen työterveysyksikköön. Nämä uudet toimintamallit voivat toimia pilottiyksikköinä jatkossa muutoksia miettiville työterveysyksiköille.

Tämä hanke on osa VETO - ohjelmaa, joka ajoittui vuosille 2003-2007. Ohjelman tavoitteena oli turvata kansalaisten täysipainoinen osallistuminen työelämään ja vaikuttaa työssäoloajan jatkumiseen sekä vahvistaa työn houkuttelevuutta vaihtoehtona kaikissa tilanteissa. Näin parannetaan kansalaisten hyvinvointia sekä työvoiman saatavuutta. Tämä hanke kuului ohjelman toimintaryhmään 2: Tehokas työterveyshuolto ja kuntoutus.

Tämä hanke vastaa myös Työterveys 2015 työterveyshuollon kehittämislinjoihin mukaillen erityisesti työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämislinjaa, ja antaa arvokasta tietoa myös muille kehittämislinjoille.

Haluamme kiittää hyvää yhteistyöstä hankkeeseen osallistuneita toimijoita sekä työterveyshuollon kehittäjiä. Sitoutunut ja kehittämisestä motivoitunut eri lähtökohdista muodostunut joukko teki hankkeesta monivivahteisen ja työterveyshuollon kansallista kehitystä tukevan.

2 Tavoitteet

Hankkeen tavoitteena oli kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittäminen eri toimintamallien arvioinnin kautta etenkin pienissä kunnissa haja-asutusalueilla, missä kunnallinen työterveysyksikkö on usein ainoa työterveyspalvelujen tuottaja. Lisäksi hankkeen tavoitteena oli selvittää kunnallisen työterveyshuollon organisointi- ja toimintatapojen eroavaisuuksien vaikutusta työterveyspalvelujen saatavuuteen, toimivuuteen, tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hankkeessa arvioitiin kahden uuden alueellisen yhteistyömuodon vaikutusta työterveyshuollon toimivuuteen, tuloksellisuuteen ja taloudellisuuteen sekä näiden yhteistyömuotojen soveltuvuutta laajempaan käyttöön. Hankkeessa aloitettiin myös työkalujen kehittäminen kunnallisten työterveysyksiköiden käyttöön oman toiminnan arvioimiseksi ja kehittämiseksi.

Hankkeessa arvioitiin kahta uutta kunnallisen työterveyshuollon organisointi- ja toimintamallia, jotka ovat syntyneet käytännön toimijoiden tarpeista. Näitä malleja verrattiin keskenään sekä suhteessa perinteisellä mallilla toimivaan tulosvastuulliseen työterveysyksikköön. Arvioinnin ja vaikuttavuuden tarkastelussa hyödynnettiin realistisen arviointitutkimuksen menetelmiä.

Arvioinnin tavoitteet olivat seuraavat:

1. Mitkä rakenteelliset syyt vaikuttivat uusien organisoitumismallien ja toimintatapojen käyttöönottoon kunnallisten työterveyspalvelujen tuottamisessa?
2. Miten organisoitumis- ja toimintatavat eroavat toisistaan ja vaikuttavatko nämä erot työterveyshuollon toimivuuteen, taloudellisuuteen ja toiminnalliseen tuloksellisuuteen?
3. Mitkä organisoitumismallien ja toimintatapojen ominaisuudet johtavat kussakin mallissa syntyviin toiminnan eri indikaattoreilla mitattuihin lopputuloksiin?

Hankkeeseen kuului myös verkostoseminaarisarja työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämistä.

3 Aineisto, menetelmät ja aineiston analysointi

3.1 Aineisto

Kehittämishankkeessa olivat mukana

- Savonlinnan Seudun Työterveys ry
- Oulunsaaren seutukunnan kuntien (Ii, Kuivaniemi, Pudasjärvi, Utajärvi, Vaala, Yli-imi ja Yli-Kiiminki) sekä Vaalan kunnan työterveysyksiköt
- Nilsin terveyskeskuksen työterveysyksikkö (vertailuyksikkönä)

Oulunkaarella tarkasteltiin työterveyshuollon kehittymistä arvioimalla Seitsemän kunnan alueellinen työterveyshuolto-hankkeen (Virokannas & Österman 2005) vaikutuksia sekä laajemmin työterveyshuollon kehitystä seuraamalla. Oulunkaaren seutukunnan alueella lähdettiin kehittämään kunnallista työterveyshuoltoa verkostoyhteistyönä, missä eriasteisten yhdistymisten tai yhteistyöverkostojen avulla pyrittiin kasvattamaan toiminnallisten työterveysyksiköiden kokoa riittävän suureksi, jotta mo-

niammatilliset ja monialaiset työterveyspalvelut pystyttäisiin tuottamaan ja työterveyshuoltoa kehittämään. Verkostoitumisen lisäksi tavoitteena oli kehittää työterveyspalvelujen sisältöä. Oulunkaaren työterveyshuollon toimintamallin kehittäminen pohjautui Seitsemän kunnan alueelliselle työterveyshuolto –hankkeelle (2003-2004). Jatkossa tästä hankkeesta käytetään nimeä OuKa-hanke. Sen tavoitteeksi oli asetettu työterveyshuollon palvelujen saatavuuden turvaaminen Oulunkaaren seutukunnassa (Ii, Yli-Ii, Kuivaniemi, Pudasjärvi, Yli-Kiiminki, Utajärvi) ja Vaalan kunnassa. OuKa-hankkeen tarkoituksena oli turvata työterveyshuollon erityispalvelujen tarjonta ja edesauttaa ylikunnallisten toimintamallien käyttöönottoa kunnissa. Tarkoituksena oli myös aikaansaada kuntien työterveyshuoltojen verkostoitumisella paremmin toimivat työterveyshuollon palvelut. Kehittämishankkeen päätavoitteena oli työterveyshuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen.

Ennen OuKa-hanketta seutukunnan kunnat ja Vaalan kunta olivat järjestäneet työterveyshuoltopalvelut kuntansa alueelle itse lukuun ottamatta Kuivaniemeä, joka osti palvelut Simon kunnalta. Työterveyspalvelut tuotettiin terveyskeskuksissa muun perusterveydenhuollon ohessa pienimuotoisesti usein osa-aikaisen henkilöstön toimesta. Poikkeuksen muodosti Pudasjärvi, jossa työterveyshuolto toimi omana toimintayksikkönään. Oulunkaaren seutukunnan alueella ei ollut yksityisiä työterveyspalvelujen tuottajia, mutta muutamat työpaikat lähinnä Iin alueelta ostivat ko. palvelut Oulusta.

Oulunkaaren työterveysyksiköiden koot vaihtelivat suuresti. Pienin yksikkö oli Yli-II, jossa työterveyslääkäripalveluja oli 2 pv kuukaudessa ja työterveyshoitajapalveluja 1,5 pv viikossa. Yritysasiakkaita oli 35 ja henkilöasiakkaita 250. Suurimmalla yksiköllä Pudasjärvellä oli 1,5 kokopäiväistä työterveyslääkärää, 3 työterveyshoitajaa, terveyskeskusavustaja sekä puolikas fysioterapeutti. Yritysasiakkaita oli 203 ja henkilöasiakkaita 2105. Ks. Liite 1.

Savonlinnan Seudun Työterveys ry:n taustalla oli Itä- ja Pohjois-Suomen terveyskeskuksia koetteleva lääkäripula. Tämän seurauksena Kaakkois-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä (Kerimäki, Enonkoski ja Savonranta) meni osakkaaksi Savonlinnan Seudun Työterveys ry:hyn, joka aloitti toimintansa 1.1.2003. Muita perustajajäseniä olivat Schauman Wood Oy, Andritz Oy sekä Herttuan Kuntoutuskeskus. Tässä mallissa kunnallinen ja yksityinen työterveyshuolto yhdistivät voimavaransa perustamalla rekisteröidyn yhdistyksen työterveyspalvelujen tuottamiseen. Vuonna 2007 ry:llä oli 140 yritysasiakasta ja 2200 henkilöasiakasta. Ry oli tässä hankkeessa mukana toimintamallina, jossa yhdistettiin yksityinen ja julkinen työterveyshuolto.

Nilsin kaupungin työterveysyksikkö oli hankkeessa mukana verrokkina ja Nilsin työterveysyksikön kohdistettiin samat mittaukset ja tarkastelut kuin Savonlinnaan ja Oulunkaarelle. Nilsin työterveysyksikkö on toiminut tulosvastuullisesti nettobudjetoituna yksikkönä vuodesta 2000. Nilsin henkilöresurssit olivat yksi työterveyslääkäri, 2,5-3 työterveyshoitajaa sekä vielä vuonna 2004 osa-aikainen terveyskeskusavustaja. Yritysasiakkaita oli keskimäärin 360 (maatalousyrittäjiä 320) ja henkilöasiakkaita 1500.

Arviointihankkeeseen osallistuvat olivat edellä mainittujen työterveysyksiköiden henkilöasiakkaita, yritysasiakkaat sekä työterveyshenkilöstö ja päättäjiä kuntatasolta. Hankkeessa kehitettiin ja testattiin arviointityökaluja työterveysyksikön henkilö- ja yritysasiakastyytyväisyyden ja työterveyshenkilöstön työhyvinvoinnin mittaamiseen. Työterveysyksikön taloudellisen ja toiminnallisen tuloksen seurantaan ja arviointiin kehitettiin työterveyshenkilöstön ja esimiesten käyttöön soveltuvia seurantamalleja.

Hankkeeseen osallistuneet työterveyshuollot saivat palautteen kaikista näkökulmista ryhmämuotoisissa palautekokouksissa. Oulunkaarella tilaisuudet olivat 16.9.2004 ja 6.6.2007, Savonlinnan Seudun Työterveyden lähtötilanteen kartoituksen tulokset esitettiin 25.11.2004 ja seurantatulokset 14.6.2007. Nilsin terveyskeskuksen työterveyshuolto sai palautteen lähtötilanteesta 21.10.2004 ja seurannasta 11.9.2007.

Kerätty arviointitieto (2004-2007) käsittää seuraavat aineistot ja menetelmät:

Toimintaympäristönäkökulma:

- uusien organisointi- ja toimintatapojen suunnittelussa, käyttöönotossa ja seurannassa mukana olleiden avainhenkilöiden teemahaastattelut
- työterveyshenkilöstön ITE -itsearviointi työterveysyksikön toimivuudesta

Henkilöstönäkökulma:

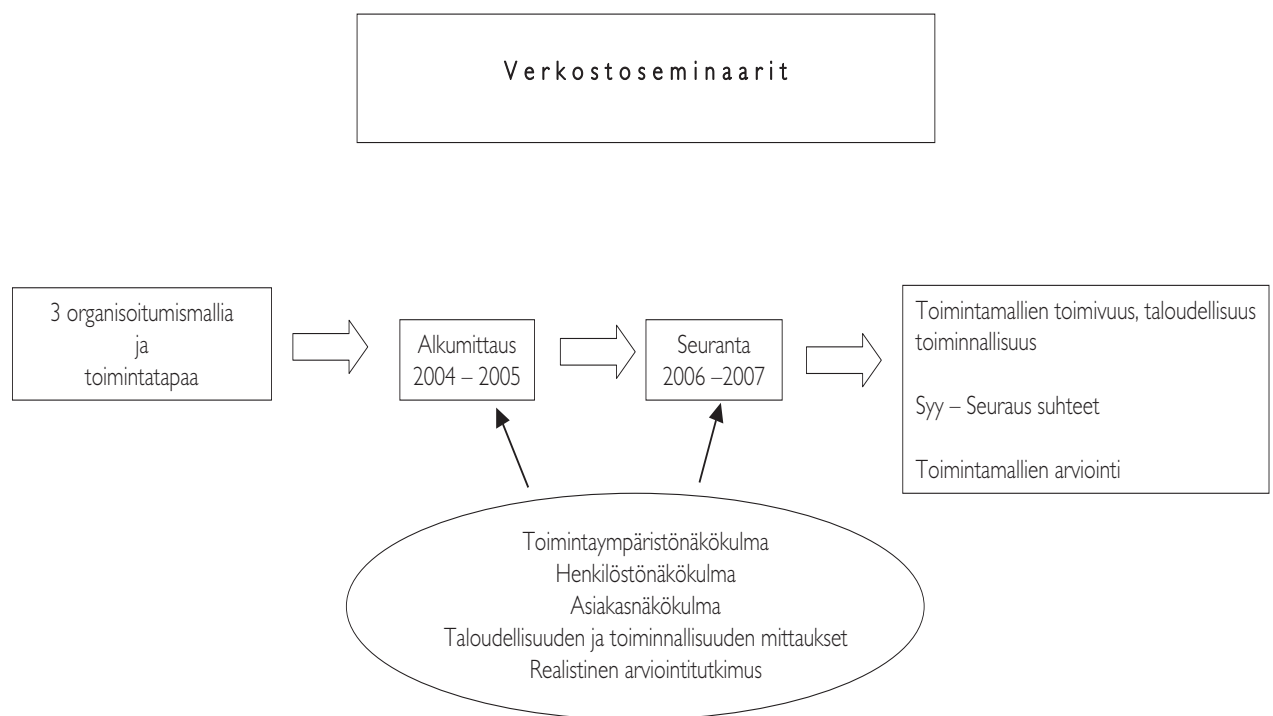
- työterveyshenkilöstön työhyvinvointikysely lomakekyselynä
- työterveyslääkäreiden ja -hoitajien teemahaastattelut

Asiakasnäkökulma:

- henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyskysely lomakekyselynä
- yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyskysely lomakekyselynä

Taloudellisuuden ja toiminnallisuuden selvitykset lomakekyselynä

Hankkeessa toteutettiin 2-3 vuoden seuranta työterveyspalvelujen toimivuuden, taloudellisuuden, tu-
loksellisuuden ja vaikuttavuuden arvioimiseksi eri palveluntuotantotavoilla. Tutkimusasetelma on ku-
vattu seuraavassa kaaviossa (Kaavio 1).



Kaavio 1. Tutkimusasetelma

Tutkimuksessa hyödynnettiin metodologista triangulaatiota, jossa yhdistyi määrällinen ja laadullinen tutkimus. Määrällistä aineistoa edustavat henkilö- ja yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyskyselyt, työterveyshenkilöstön työhyvinvointiin liittyvä osio sekä ITE-itsearviointinilla kartoitettu työyksiköiden tila. Laadullista aineistoa edustavat teemahaastattelut toimintaympäristönäkökulmasta sekä henkilöstönäkökulman teemahaastattelut. Aineisto ja menetelmät on eritelty alla olevaan taulukkoon.

Taulukko I. Tutkimus- ja kehittämishankkeen aineisto

Näkökulma	Välineet/Keinot	Aineistonkeruu	Kohde	N	Ajan-kohta
Toiminta-ympäristö-näkökulma	Toiminta- ja resurssinäkökulma	teemahaastattelu	päättäjät, avainhenkilöt	Alkumittaus: 9	2005
				Seuranta: 5	2007
	ITE-itsearviointi	lomakekysely	työterveyshenkilöstö	Alkumittaus: Oulunkaari 16, Savonlinna 8, Nilsia 6	2004
				Seuranta: Oulunkaari 13, Savonlinna 5, Nilsia 2	2006
Henkilöstönäkökulma	Työnkuormitus-tekijät	lomakekysely	työterveyshenkilöstö	Alkumittaus: Oulunkaari 16, Savonlinna 14, Nilsia 6	2004 2002 2004 2004
				Seuranta: Oulunkaari 19, Savonlinna 5, Nilsia 2	2006
	Työterveys-henkilöstön hyvinvointi	teemahaastattelu	työterveyshenkilöstö	Alkumittaus: Oulunkaari 4, Savonlinna 2	2004
				Seuranta: Oulunkaari 4, Savonlinna 2	2006
Asiakas-näkökulma	Asiakas-tyytyväisyyskysely	lomakekysely	henkilöasiakkaat	Alkumittaus (otanta): Oulunkaari 968, Savonlinna 1000, Nilsia 1000	2004
				Seuranta (otanta): Oulunkaari 685, Savonlinna 649, Nilsia 743	2006
	Asiakas-tyytyväisyyskysely	lomakekysely	yritysasiakkaat	Alkumittaus: Oulunkaari 373, Savonlinna 75, Nilsia 144	2004
				Seuranta: Oulunkaari 240 Savonlinna 48, Nilsia 93	2006
Taloudellisuuden ja toiminnallisuuden mittaukset	Taloudellisuuden ja toiminnallisuuden mittaukset	lomakekysely toimintasuunnitelmat ja -kertomukset	tth-yksiköiden toiminnan ja talouden tunnusluvut	Oulunkaaren yksiköt n=7, Nilsia Savonlinna	2004 2005
	Kustannuslaskenta ja hinnoittelu	kehitettiin ja testattiin hankkeen aikana	tth-palvelujen kustannuslaskenta ja omakustannushinnan laskenta		2005-2007
	Työkalut työterveys-henkilöstön työajanseurantaan	kehitettiin ja testattiin hankkeen aikana	ammattiryhmä-kohtaiset seuranta-lomakkeet ja excel-raportointityökalu		2005-2007
Verkosto-seminaarit		seminaarit, lomakekysely seminaarien sisällöstä 2004 ja 2005	hanke-edustajat, läänien edustajat, asiantuntijat	7 seminaaria, 149 osallistujaa	2004-2007

3.2 Menetelmät ja analysointi

Toimintaympäristönäkökulmassa haastateltiin henkilöitä, jotka olivat merkittävässä asemassa toimintamallien suunnittelussa ja toteutuksessa. Teemahaastattelut toteutettiin kahdesti. Vuonna 2005 tehtiin alkutilannehaastattelut ja syksyllä 2007 seurantaan liittyvät haastattelut. Oulunkaarella haastateltiin kunnanjohtajaa, terveydenhuollon asiantuntijaa sekä OuKa:n työterveyshuollon asiantuntijaa. Seurannassa haastateltiin samaa työterveyshuollon asiantuntijaa sekä alueen terveydenhuollon kehityksessä merkittävässä asemassa olevaa päättäjää. Savonlinnassa alkutilanteessa haastateltiin kahta ry:n perustajajäsentä sekä työterveyshuollon toimijaa. Seurantaan todettiin parhaaksi tiedonlähteeksi toinen alkuhaastattelun perustajajäsenistä. Nilsissä alkumittauksessa haastateltiin kahta kuntapäättäjää sekä terveyskeskuksen johdon edustajaa. Seurantaan katsottiin parhaiksi tiedonlähteiksi samainen terveyskeskuksen johdon edustaja sekä työterveyshuollon toimija.

Haastattelut kestivät keskimäärin 45 minuuttia. Ne litteroitiin ja syötettiin Atlas.TI ohjelmaan. Haastatteluaineisto käsiteltiin induktiivisesti sisällön analyysia hyödyntämällä.

ITE-itsearviointien otos (toimintamallien työterveyshenkilöstö) oli pieni. Aineisto syötettiin excel-ohjelmaan ja tunnuslukuina käytettiin keskiarvoja ja graafiset kuviota.

Henkilöstönäkökulmassa kaikkien mukana olevien työterveysyksiköiden työterveyshenkilöstölle lähetettiin kyselylomake, jolla selvitettiin koettuja työn psykososiaalisia kuormitustekijöitä. Kyselyn muuttuja-asteikoista muodostettiin summamuuttujia informaation tiivistämiseksi. Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmistoa (SPSS versio 10.2.). Aineiston tilastollisessa tarkastelussa käytettiin summamuuttujakohtaisia suoria jakautumia. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset luokiteltiin sisältöjen mukaan.

Työterveysyksiköiden edustajien teemahaastattelut toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä. Haastattelujen kesto oli keskimäärin 40 minuuttia ja ne nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston analyysi tapahtui sisältölähtöisesti.

Asiakasnäkökulmassa yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyskyselyyn valittiin kaikki toimintamallien asiakkaat vuonna 2004. Henkilöasiakkaiden kohdalla edustavaksi otoskooksi määriteltiin 1000 kussakin toimintamallissa. Savonlinnassa ja Nilsissä otos valittiin satunnaisotannalla. Oulunkaarella käytettiin ositettua otantaa, jotta otos mukailee perusjoukkoa samassa suhteessa.

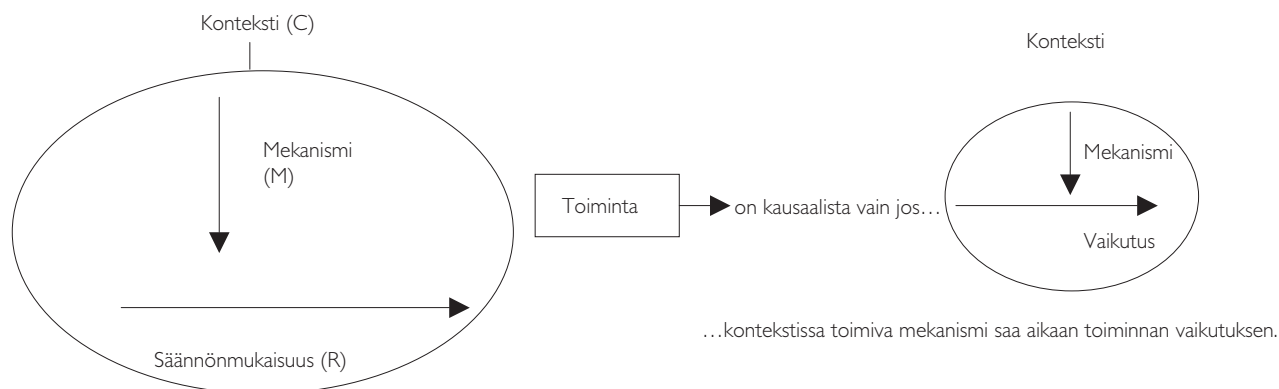
Tilastollisilla testeillä verrattiin sekä toimintamallien sisäistä että toimintamallien keskinäistä kehittymistä. Aineistoa on kuvailtu yksiulotteisten frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Jakaumaerojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin T-testillä. Tähän raportoitu määrällinen tutkimus mukailee kuvailtavaa tutkimusta. Myös selittäviä analyysejä tehtiin. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset luokiteltiin sisältöjen mukaan.

3.3 Realistinen arviointitutkimus

Realistinen arviointi on uudehko arvioinnin suuntaus, joka on kehittynyt nykyiseen muotoonsa 1990-luvun loppupuolella. Realistisen arvioinnin yhtenä tärkeimpinä kehittäjinä pidetään Ray Pawsonia ja Nick Tilleyä (1997), jotka teoksessa *Realistic evaluation* esittelevät tämän suuntauksen päälinjat teoreettisesti ja metodologisesti. Tässä hankkeessa realistinen arviointitutkimus toimii sekä teoreettisena että menetelmällisenä viitekehystenä ja punaisena lankana läpi kaikkien tarkastelunäkökulmien.

Realistinen arviointi voidaan nähdä perinteisen vaikuttavuusevaluaation haastajana ja siinä korostuu, että on tiedettävä ja ymmärrettävä, mistä tulokset ja vaikutukset muodostuvat. Realistisessa arviointitutkimuksessa painottuu ilmiöiden taustalla olevien mekanismien ymmärtäminen. Tärkeimpänä arvioinnin tehtävänä on interventtioiden vaikutusten selvittäminen. Oletuksena on, että löydettävissä on vaikuttavia mekanismeja, joiden seurauksena muutokset voivat tapahtua. Tutkimuksen avulla voidaan selvittää mikä työkäytännöissä tai toiminnassa (=interventiot) saa aikaan suotuisaa kehitystä (=toivotut tulokset) ja missä olosuhteissa (=kontekstit) näin tapahtuu (Rostila 2001a, 18.) Tarkastelun kohteena on jokin teoreettinen ajatus tai idea siitä, mikä saa aikaan ja mitä. Arvioinnissa analysoidaan erilaisten mekanismien ja interventtioiden, kontekstin ja tulosten välisiä yhteyksiä. (Rostila 2000, 2001; Pawson & Tilley 2002.)

Pawson ja Tilley (1997) käyttävät esimerkkinä tilannetta, jossa arvioija kertoo, että tietty toimintapa (program) on onnistunut ja säännönmukaisuus on todettu. Tällöin vaatimuksena on myös kuvata mikä toimintatavassa toimii (mekanismi), kenelle ja missä olosuhteissa (konteksti). (Pawson & Tilley 1997, 72.)



Kaavio 2. Realistisen arviointitutkimuksen perusteet (Pawson & Tilley 1997)

4 Eettiset asiat

Tutkimushankkeen kaikki vaiheet toteutettiin tutkimuseettisiä periaatteita ja salassapitosäännöksiä noudattaen. Tutkimukseen kaikkiin osioihin osallistuminen oli vapaaehtoista.

Osallistujille kerrottiin suullisesti ja kirjallisesti mm. tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä se, että osallistuja voi keskeyttää osallistumisensa halutessaan. Osallistujilta pyydettiin kirjalliset suostumukset aineiston keräämiseen. Lisäksi tutkimukseen osallistujat saivat asiakastytyväisyyskyselyissä postitetun kyselylomakkeen yhteydessä informaatiokirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, luottamuksellisuus, vapaaehtoisuus, yhteystietojen saantitapa, miten tutkimustulokset raportoidaan ja kenellä on käyttöoikeus tutkimusaineistoon.

Työterveyslaitokselle toimitetut vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Jokaisen vastaajan tiedot tulivat vain Työterveyslaitoksen tutkimusryhmän käyttöön. Kysely ja haastatteluaineistojen tallentamisen jälkeen nimi- ja yhteystiedot korvattiin tutkimusnumeroilla. Tulosten raportointi toteutettiin siten, ettei yksittäisiä henkilöitä eikä yrityksiä ole mahdollista tunnistaa. Manuaalinen aineisto säilytetään lukitussa kaapissa ja tilassa, johon pääsy on rajoitettu. Sähköinen aineisto säilytetään Työterveyslaitoksen verkkoasemalla, jonne pääseminen vaatii käyttäjätunnuksen, salasanan ja myönnetyn käyttö-oikeuden, jonka saamisen edellytyksenä on asiankäsittelyn kuuluminen henkilön työtehtäviin. Aineisto säilytetään Työterveyslaitoksen (Kuopio) arkistossa arkistointisäännösten mukaan pysyvästi.

5 Tulokset

5.1 Toimintaympäristönäkökulma

5.1.1 Teemahaastattelujen tuottama tieto eri toimintamalleista

Teemahaastattelujen tulokset on jaettu toimintamalleittain. Toimintamallit on jaettu alkumittaukseen ja seurantaan, jotta toimintamallien kehittymisen seuranta oli helpompaa. Alkumittaus ja seuranta kappaleet on tuotettu induktiivisesti, aineistosta nousevien teemojen mukaan. Käytettävät termit ovat haastateltujen käyttämiä termejä, mikä mahdollistaa luotettavan tulokinnan.

Oulunkaari

Alkumittaus 2005

OuKa-hankkeessa (2003-2004) ja täten myös työterveyshuollon kehittämisessä koettiin yllätyksiä, joihin ei osattu varautua. Suurin yllätys oli se, että kunnissa ei kyetty yksin tuottamaan tulosvastuullisesti työterveyshuoltoa. Kunnat tarvitsivat tukea tehtävään. OuKa-hankkeessa havaittiin, että joissakin kunnissa työterveyshuolto oli volyymiltaan ja laadultaan heikkoa: koettiin tehtävän työterveyshuoltoa, mutta jälkiä siitä ei näkynyt.

Työterveyshuoltohenkilöstö oli tyytyväinen, että heidän työkenttäänsä, työtehtäviään ja työterveyshuollon rooliaan lähdettiin arvioimaan ja kehittämään. Yksintyöskentely nostettiin OuKa-hankkeessa vahvasti esille ja lähdettiin rakentamaan verkostoa (esim. koulutukset, seminaarit, ryhmätyöt) ja kamalla alue kolmeen lohkoon. Yhteistyön rakentaminen oli hankalaa, koska luonnolliset foorumit puuttuivat. Yhteistyötä tai tietämystä muiden kuntien työterveyshenkilöstön toimintatavoista ei ollut. Loppujen lopuksi OuKa-hanke painottui työterveyshuollon sisällön kehittämiseen sekä siihen, miten työterveyspalvelut voidaan järjestää kuntatasolla. Tähän sekä kunnat että työterveyshuollon toimijat olivat valmiita sitoutumaan. Alueellista, kuntaryhmittäistä työterveyshuollon rakentamista aloitettiin. Keskustelua alueellisesta yksiköstä ei hankkeessa päästy aloittamaan sitoutumattomuuden vuoksi. Tilannetta sekoittavia tekijöitä olivat eri toimijoiden erilaiset ajattelutavat, kuten kuntakeskeinen ajattelu, työterveysajattelu, terveyskeskuskeskeinen ajattelu, kuntaryhmittäinen ajattelu, seutukeskeinen ajattelu sekä puutteellinen tiedottaminen. Kuntapäättäjien ja johtavien viranhaltijoiden käsitys ja tietämys työterveyshuollosta, sen asemasta ja järjestämisestä oli vähäistä. Oli nähtävissä kahta kantaa: tulisiko työterveyshuollon olla osa kansanterveystyötä vai erillään siitä. Haastatteluissa ilmeni että virkamiehillä ja kuntapäättäjillä on näkemyksiä siitä, että työterveyshuolto hoitaa niinsanotun kerman ja terveyskeskuksille jää hoidettavaksi sairaat, vanhukset ja syrjäytyneet. Aina ei nähty, että työterveyshuolto tukisi kunnan kasvua, kehitystä ja elinkeinoa sekä kylien ja kuntien elinvoimaisuutta.

Ongelmat liittyivät vahvasti pienten kuntien työterveyshuollon järjestämiseen. Vähäisillä resursseilla (1/4 hoitaja tai 1/2 hoitaja sekä terveyskeskuslääkäri ilman työterveyshuollon koulutusta tukemassa sairasvastaanottoa) työterveyshuoltolain mukaisen työterveyshuollon järjestäminen on mahdoton tehtävä. Työterveyshoitajat vastasivat yksin työterveyshuollosta. Haastateltavat kokivat työterveyshuollon toimintatavan olevan yksilökeskeistä ja neuvolatoimintaan verrattavaa. Työterveyshuollon sisältönä olivat pääasiassa terveystarkastukset, sairaanhoitoa ei pystytty järjestämään resurssipulan vuoksi, vaikka kysyntää oli. Poikkeuksena Oulunkaarella oli Pudasjärven vahva ja hyvin toimiva yksikkö, jossa oli työterveyslääkäri. Pudasjärvi isompana asemana ohjasi ja jakoi osaamistaan pienemmille yksiköille. Kuntapäättäjille työterveyshuollon alueellinen verkostoajattelu jäi hämäräksi ja konkreettiseen yhteistyöhön ei päästy. Pudasjärven yksikkö jäi epävakaiseen tilaan lääkärin lähdettyä. Li rakensi toimintayksikön,

rekrytoi lisää henkilöstöä ja lähti kantamaan aluevastuuta. Koska lääkäriresurssi oli alueella erittäin haavoittuva, ei työterveyshuoltosopimuksia pystytty pitämään. Toiminnan vakauttaminen ja moniammatillinen toimintatapa jäivät alueelle kehittämishaasteiksi.

OuKa-hankkeen anti oli parantuneessa yhteydenpidossa alueellisten työterveyshuoltotoimijoiden kesken ja täten myös vertaistuesssa. Työterveyshuollon toimijoiden osaaminen ja työnteon systematiikka parantuivat. Yhteistyön pohjaa rakennettiin. OuKa-hanke siis palveli työterveyshuollon toiminnallisuuden kehittämistä. Toisaalta työterveyshuollon toiminta jatkui edelleen tulipalon sammuttamisena. Seudulliseen työterveyshuollon tarkasteluun ja toimintamalliin ei päästy hajanaisen tavoiteasetannan vuoksi. Siirtofunktio ei myöskään toiminut OuKa-hankkeen vahvan asiantuntijalähtöisyyden vuoksi. OuKa-hankkeen suunnittelun ja käynnistämisen informaatio jäi ylätasolle. Tämä saattoi olla yksi syy siihen, että yhteistä tavoitetilaa ei saatu rakennettua. Päättäjät olisi pitänyt sitoa prosessiin tiiviimmin, jotta olisi saavutettu ymmärryksen taso ja saatu valtuudet työterveyshuollon kehittämistoiminnalle. Työterveyshuollon kehittäminen olisi päättäjien mukaan pitänyt tapahtua yhdessä muun terveydenhuollon kehittämisen kanssa yhdessä eikä irrallisena osana. Myös ajoitus oli huono, koska Oulunkaarella oli tulossa perusterveydenhuollon järjestämiseen liittyvät selvitykset hieman hankkeen jälkeen. Haasteena seudulliselle työterveyshuollolle nähtiin myös Oulunkaaren maantieteellinen alue, joka on erittäin laaja ja saatavuuden suhteen hankalan muotoinen.

Alkumittauksessa nousi vahvasti esiin Oulunkaaren työterveyshuollon tulevaisuus. Nähtiin, että suuntana on yhdistyminen isommiksi toiminnallisiksi yksiköiksi pitäen lähipalvelut kunnissa. Nykyinen OuKa-hankkeen jälkeinen toimintamalli ei tule pärjäämään eikä pysty antamaan hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia palveluja alueellisesta näkökulmasta katsoen. Voimaa kunnalliseen työterveyshuoltoon oli saatava. Koska kyseessä on pienet kunnat, pidettiin tärkeänä työterveyshuollon kehittämistä samaan aikaan kansanterveystyön kanssa. Kehittäminen vaatii kansanterveystyön isompien alueiden kehittämistä. Toisaalta päättäjillä oli epätietoutta työterveyshuollon hallinnollisesta asemasta. Työterveyshuollon koettiin olevan vahvasti erityisosaamista, mietittiin onko työterveyshuollon paikka osana perusterveydenhuoltoa vai irrotettuna yksityistä terveydenhuoltoa mukailevana liike-toimintayksikkönä. Päättäjät kokivat, että hankevalmistelijat ovat vahvasti vallan kahvassa työterveyshuollon kehittämishankkeissa, koska päättäjillä ei ole tarvittavaa asiantuntemusta. Työterveyshuollon alueellinen kehittäminen vaatii enemmän yhteistyötä, yhteistä tavoitteiden asettamista sekä prosessiin sitoutumista eri tasoilla.

Työterveyshuollon kehittämisessä oli havaittavissa kaikki tasot läpäisevää väsymystä ja turhautumista OuKa:n jälkeen. Kaivattiin kumppanuutta ja isompaa yhteistyökumppania toimintaa vakauttamaan. Yksiköt jäivät haavoittuviksi vähäisten resurssien vuoksi. Etenkin lääkäreiden saanti oli ongelmallista. Poikkeuksena oli Iin lohko, jossa toimintamalli kehittyi ja toimi. Etäisyydet Iin lohkossa olivat lyhyitä ja syntyi luonnollinen kumppanuus. Seudullinen työterveyshuollon kehittäminen jäi saavuttamatta, mutta kehittämistä tapahtui kuntaryhmittäin. Utajärvi ja Vaala saivat yhteistyön alulle. Pudasjärven tilanne jäi avoimeksi. Toisaalta suurten maantieteellisten etäisyyksien vuoksi Pudasjärvellä tulisi säilyttää vahva työterveyshuolto.

Seuranta 2007

Oulunkaaren terveydenhuollossa on saatu yhteistyötä aikaan seuranta-aikana. Yhteistoiminta-alueen ovat muodostaneet seuraavat kunnat: Ii, Pudasjärvi, Utajärvi, Vaala, Yli-Ii ja Ylikiminki. Perusterveydenhuoltoon on perustettu verkostomainen palvelujärjestelmä seutuvetoisesti. Tämä vaati Oulunkaarella pitkän kihlausajan, joka mahdollisti avoimuuden ja luottamuksen synnyn. Pitkähkön prosessin aikana myös maantieteelliset etäisyydet menettivät merkityksensä. Verkostomaiseen palvelujärjestelmään päästiin prosessimaisella työskentelyllä asiantuntijavetoisesti. Työterveyshuolto ei ole ollut mukana edellä mainitussa kehitystyössä. OuKa-hankkeen jälkeen seudullista ajattelua ja toimintaa työterveyshuoltoon jäi vähän. Taustalla olivat pienten työterveysyksiköiden ongelmat. Työterveyshuolto jäi toimimaan alueittain: Iin alue (3 kuntaa), Pudasjärven alue sekä Utajärvi-Vaalan alue. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiskeskuksen vastuulla on nyt palvelumuotojen tulevaisuus ja se onko työterveyshuolto omaa toimintaa, ulkoistettua vai molempia.

Työterveyshuollon seudullisen kehittämisen pyrkimykset tulivat liian aikaisin. Kehittäminen olisi ollut vaikuttavampaa, mikäli olisi odotettu perusterveydenhuollon, seutuorganisaation syntyä. Haastattelujen perusteella on nähtävissä, että työterveyshuollot ovat osin taantuneet entiselleen. Osaamista ja asiantuntijuutta työterveyshuoltoon kuitenkin saatiin. Työterveyshuollon resurssit ovat edelleen heikot ja epävarmat. Lääkäripula on iso ongelma. Esimerkiksi Pudasjärvellä työterveyshuolto jouduttiin ulkoistamaan. Työterveyshuollot toimivat työterveyshoitajien varassa. Lääkäreillä on harvoin pätevyyttä työterveyshuoltoon. Poikkeuksena Oulunkaarella oli lin alueen osaava ja motivoitunut työterveyslääkäri.

Oulunkaarella havaittiin myös, että yksiköllä tulee olla kokoa, jotta se pystyy kehittämistyöhön. Yhden tai kahden henkilön yksiköissä ei riitä aikaa perustyölle ja verkostolle. Pienten yksiköiden tulisi tehdä jo tässä vaiheessa yhteistyötä ja toimia ryhminä. Tämä vaatii jo jonkin asteista fuusioitumista. Mikäli kaikki yksiköt jäävät eri kuntien hallinnoimiksi, niin kuin Oulunkaarella, on seurauksena sirpaleisuus. Hallintoja on liikaa, samoin eriäviä mielipiteitä.

Päättäjähastattelussa painottui näkemys siitä, että perusterveydenhuollolla (pl työterveyshuolto) on erilainen perustehtävä kuin työterveyshuollolla. Työterveyshuoltoa pidettiin elitistisenä luksuksena. Nähtiin, että Oulunkaarella työterveyshuolto eriytyy ja siitä tulee ammattimaista erityispalvelua työnantajan maksamana. Vaihtoehtoina alueen pienille työterveysyksiköille pidettiin ulkoistamista tai resurssointia, jonka koettiin vievän perusterveydenhuollon lääkäriresurssin. Selvempänä ratkaisuna päättäjätasolla piti työterveyshuollon kilpailuttamista yksityisille palveluntuottajille tai isoille toimijoille. Työterveyshuollon koettiin etsivän rooliaan terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Työterveyshuollon kehittäjät ja toimijat kokivat alueella olevan negatiivisia asenteita työterveyshuoltoa kohtaan.

Kuntapäättäjillä oli vähän tietoa työterveyshuollon tavoitteista ja sisällöstä. Työterveyshuollosta tiedottamista on vähän ja se on ns. kapulakielistä, jota päättäjät eivät ymmärrä. Ymmärrys ja käsitys työterveyshuollosta on vain muutamalla ihmisellä. Erilaista otetta kaivataan. Työterveyshuolto ja sen kehittäminen vahvaksi tulisi nähdä alueen voimavarana ja nähdä sen hyöty koko perusterveydelle terveydenhuoltopalveluja lisäävänä toimijana. Yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa tarvitaan.

Työterveyshuollon asiantuntija/konsultti näki kunnallisesta työterveyshuollosta luopumisessa riskin. Kun työterveyshuolto ulkoistetaan yksityiselle palveluntuottajalle, ei kunnalla ole vahvaa seuraajan ja vaikuttajan roolia. Kunta ei voi vaikuttaa hintaan tai yksityinen voi päättää, mitkä työpaikat hoidetaan ja mitkä jätetään hoitamatta. Sopimuspolitiikkaan tulisi kiinnittää paljon huomiota, jotta kunta pystyisi ohjaamaan alueensa työterveyshuoltoa. Tällöin työterveyshuoltoa ei myöskään voi käyttää kilpailu-etuna ja -keinona.

Edellä mainitun kaltainen suuntaus kaventaa toimijaverkostoa ja vähentää toimipisteiden lukumäärää. Tällöin matkat kasvavat, samoin menetetty työaika. Kunnallista työterveyshuoltoa tulisi työterveyshuollon asiantuntijan mukaan rakentaa isoihin yksiköihin ja aluemalleihin. Oulunkaarella on liian pieniä yksiköitä, jotka eivät ole elinkelpoisia ja joilla ei ole kunnan keskusta. Kunnat eivät pystyneet yhdistämään vähäisiä voimavarojaan yli kuntarajojen kuin rajallisesti (lin lohko). Vahvaa kunnallista toimijaa/ toimijoita tarvitaan tukemaan kunnallista työterveyshuollon kenttää.

Työterveyshuollon kehittämishankkeessa nähtiin monta vahvuutta. Työterveyshuollon toimijat ovat löytäneet oman roolinsa ja asiantuntijuutensa. Lisäksi he mieltävät oman palvelutuotteensa ja vastuun suhteessa asiakkaisiin. Aineistossa kävi vahvasti esille se, että työterveyshuollon toimijat näkevät arjen ja sen sujuvuuden, eivät niinkään kehittämistä ja rakenteellisen yhdentymisen tuomia etuja. Kehittämistyöhön tarvitaan ohjausta. Kunnilla pitäisi olla näkemys siitä, miten työterveyspalvelut voidaan järjestää. Oulunkaaren aineiston perusteella voidaan todeta kunnan ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden tietämyksen työterveyshuollon kehittämistavoista ja mahdollisuuksista olevan puutteellista.

Savonlinnan seutu

Alkumittaus 2005

Rekisteröidyn yhdistyksen tausta pohjautuu isojen perustajajäsenyritysten supistuneelle henkilöstömäärälle ja siitä johtuvalle työterveyspalvelujen tarpeen vähenemiselle. Yritysten omat vahvat työter-

veyshuollot oli rakennettu aikanaan isommille henkilömäärille kuin nykyiset pienentyneet henkilöstömäärät. Ry:n perustajajäsenet huomasivat tavoitteiden työterveyshuollolle olevan samanlaiset: halu itse ohjata ja valvoa työterveyshuoltoa, tavoite ei ole ostaa halvinta, hyvät aukioloajat, lähellä olevat palvelut sekä vaivattomuus. Ry:ltä ei niinkään haettu lakisääteistä työterveyshuoltoa vaan kokonaisvaltaisempaa työterveyttä ja -turvallisuutta. Kokonaisuutena koettiin hintaa tärkeämmäksi. Savonlinnan seudulla pohdittiin myös muita vaihtoehtoja, kuten perustajäsenten työterveyshuoltojen keskittämistä toiselle osapuolelle ja osakeyhtiötä. Ry sopi parhaiten tavoitteisiin, mitä työterveyshuollolle asetettiin. Ajatuksena oli kerätä joukko asiakkaita työterveysaseman toiminnassa pitämiseksi.

Henkilökunnan haluttiin jatkavan ilman työsuhteen katkeamista. Ry:een haluttiin kokopäiväinen lääkäri, joten perustajajäsenten 800:n henkilöasiakasmäärää tuli kasvattaa 1500-2000 henkilöasiakkaaseen. Kaakkois-Savon kansanterveystyön kuntayhtymä ilmoitti kiinnostuksensa ja yhteistyötä rakennettiin tuloksellisesti. Kuntayhtymän liittymisessä oli taustalla työterveyslääkärin rekrytointiongelma. Ongelma johtui pääosin siitä, että lääkärin työstä vain 60-70 prosenttia oli resursoitu työterveyshuoltoon.

Epäluuloja kunnallisen ja yksityisen yhdistämisestä oli, mutta ne osoittautuivat käytännössä turhiksi. Isoin hankaluus kunnallisen työterveyshuollon mukaantulossa oli maatalousyrittäjien työterveyshuolto, jossa koettiin olevan ajatusmallieroa. Yhteinen tavoite, elinkelpoinen ja kaikkia osapuolia palveleva työterveyshuolto saatiin aikaan toimipisteitä hajauttamalla. Työterveyshuollosta tuli osa isompaa kokonaisuutta, jolla sen toiminnan haavoittuvuusongelma poistettiin. Näin turvattiin asiantuntevat ja osaavat työterveyshuoltopalvelut.

Ry:tä valmisteltiin 2-4 vahvan toimijan vetämänä (perustajajäsenet, kuntayhtymän edustajat). Yhteinen kieli ja tavoitteet löydettiin nopeasti. Työterveyshuollon toimijoita ei ollut mukana valmisteluvaiheessa ennen päätöksiä. Päätöksen jälkeen ry:n perustamisen ja toteuttamisen vastuu ja konkreettinen toiminnan käynnistäminen siirrettiin ry:n johtavalle lääkärille. Henkilöstö koki, että heitä ei informoitu ry:n perustamishankkeesta ja sen tavoitteista lukuun ottamatta kuntayhtymän työterveyshuollon toimijoita. Tämä aiheutti epävarmuutta työterveyshenkilöstössä. Henkilökunta oli huolissaan ulkoistamisesta, työpaikoistaan ja palvelutason säilymisestä. Ry:n toiminnan käynnistäminen vaati työterveyshuollon toimijoilta paljon ponnistuksia, koska muutostyön ohella oli hoidettava perustyö. Aikaa suunnitteluun ei ollut. Haasteita olivat liian tiivis aikataulu työterveyshuollon toimivuuden järjestämisessä, esimerkiksi tietoliikenne, tavoitteiden asettaminen ja koulutuksen puute erityisesti johtamisen ja talouden osalta. Kokonaisuudessaan yhdistymishanke nähtiin työterveyshuollon toimijoiden keskuudessa positiivisena kehityksenä. Koettiin hyvää uuden aloittamisen tunnelmaa ja innostusta, uuden luomista, uusiin asioihin perehtymistä.

Ry on herättänyt valtakunnallista huomiota onnistuneella kunnallisen ja yksityisen työterveyshuollon yhdistämisellä. Ry onnistui vakauttamaan palvelujen saatavuuden, laadun ja sisällön muutoksen kautta. Lisäksi palvelutuotannon määrä on vakiintunut. Ry:n toiminta koettiin edelleen haavoittuvaksi lääkärutilanteen vuoksi, joka oli paljolti yhden henkilön varassa (1,5 lääkäriä). Pohdinnassa oli asiakasmäärän lisääminen sekä toiminnan laajentaminen. Asiakasmäärä olisi saatava sellaiseksi, että töitä riittäisi kahdelle kokopäiväiselle työterveyslääkärille.

Ry:ltä odotettiin paljon ja odotukset täyttyivät suurelta osin. Tavoitteena oli kevyt organisaatio, joka hoidetaan ry:n sisältä kokonaan ilman erillisen organisaation valvontaa. Ry:nä työterveyshuollon järjestäminen vei perustajajäseniltä enemmän aikaa kuin muun työterveyshuollon järjestäminen. Vuosi käynnistymisen jälkeen tilanne alkoi helpottaa.

Myös muita vaikeuksia oli. Ry:n jäsenet kokivat, että ulkopuoliset tahot hankaloittivat alussa ry:n toimintaa. Epäilyksiä oli siitä, onko tarkoituksena tehdä voitotonta toimintaa vai onko kyseessä yritys-toiminta. Julkisen ja yksityisen rahoituksen yhdistäminen aiheutti myös ongelmia, samoin patentti- ja rekisterihallitus ja Kelan korvausasiat. Koettiin, että korvaustaso oli Kelan tulkintojen varassa ja etenkin ensimmäisenä vuotena korvaustaso ei vastannut ennakoitua. Koettiin, että Kelan korvausjärjestelmä ja sen käytännön toteutus säätelevät liikaa toimintaa. Ry:ssä kaivattiin yksiselitteisiä linjoja tällaisille yksityisen ja julkisen kombinaatioille, koska etukäteislausunnot eivät pitäneet paikkaansa. Myös yhdistysrekisteriin liittyi problematiikkaa. Henkilötietojen siirtämisessä ja tietosuojakysymyksistä neuvoteltiin lääninhallituksen kanssa.

Byrokratiaa oli paljon, koska kaikki jotka liittyivät ry:hyn tuli ottaa jäseniksi. Tämä tarkoitti noin kahtasataa jäsentä ja kirjettä yhdistyksen kokouksiin. Ongelmia aiheutti myös se, että useimmat työnantajat eivät halua olla mukana ry:n hallinnossa, koska heille riittävät lakisääteiset palvelut ja sitä kautta kevyempi ote. Maanviljelijöiden liittymistä ehdotettiin tuottajayhdistysten kautta suurempana kokonaisuutena, mutta tämä ei onnistunut. Kuntayhtymän puolella mietitytti terveyskeskuksen asiakkaiden siirtyminen ry:hyn. Huomattava osa siirtyi, eivät kuitenkaan kaikki. Henkilöstön siirtymisaktiivisuus mietitytti etenkin kuntayhtymässä, pelko toteutui osittain ja rekrytointia jouduttiin tehostamaan.

Ry:n toiminta oli vakiintunut vuonna 2004. Alueella oli menossa työterveyshuoltopalveluiden keskittyminen. Alueelle oli tullut uusia yksityissektorin toimijoita. Lisänä kunnallisena palveluntarjoajana oli Savonlinnan terveyskeskus. Kilpailu lisääntyy ja luo paineita ry:n toiminnan kasvattamiseen.

Seuranta 2007

Seurannassa oltiin tyytyväisiä ry:n valintaan työterveyshuollon toimintamalliksi ja sen toimintaan. Ry:n toiminta näytti, että oikeanlaisella toiminnalla ja volyymilla saadaan tehostettua työterveyshuollon toimintaa. Esimerkiksi isommassa yksikössä henkilöiden työaika on allokoitu tehokkaammin. Ry:n jäsenet kokevat saavansa enemmän työterveyttä kuin jos vastaava raha kohdennettaisiin ulkoistettuun työterveyshuoltoon.

Viime vuosina vastuu ja työterveyshuollon kanssa tehtävä työ on vakiintunut perustajajäsenillä samanlaiseksi kuin oman yksikön kanssa. Asiakasyritysten edustajat toimivat ry:ssä kahdessa roolissa: ry:n hallintoelimissä ja yrityksensä työterveyshuoltopalvelujen tilaajana. Erityisen tärkeänä pidettiin sekä valvontamahdollisuutta että tarpeisiin vastaavien palvelujen saatavuutta.

Ry on vieläkin liian pieni yksikkö. Hallituksen jäsenet käyttävät paljon aikaa ry:n hallinnointiin. Etenkin vuosina 2006-2007 lääkäripula on kaksinkertaistanut ajan ja osallistumisen, kun ei ole ollut johtavaa lääkäriä hoitamassa suunnittelua ja hallintotehtäviä.

Lääkärivajetta on täydennetty ostamalla lääkäripalveluja yksityiseltä, mikä kasvatti lääkäriyön hintaa 30 prosentilla. Vakinaista lääkäriä ei ole, lääkäriresurssi on ollut vaihtuvaa. Yhtään kokonaista työterveyslääkäriä ei ole saatu: yksi lääkäri on lähes kokopäiväisenä ry:llä, neljä lääkäriä osa-aikaisesti. Tämä tarkoittaa laajempaa panostusta pitkäaikaisilta työterveyshoitajilta: työterveyshuollon kivijalkana olemista ja hoidon jatkuvuuden turvaamista. Haavoittuvuus asettaa ry:lle laajenemisvaateita. Asiakasmäärää tulee tarkistaa ja saada optimiin, jotta henkilökunnan ja asiakkaiden määrä on oikeassa suhteessa. Suurimman osan ajasta ry on toiminut pienellä resurssivajeella. Ylikapasiteetti puolestaan saadaan aikaan, kun ry saa rekrytoitua vakituiseen lääkäriin. Optimina kahdelle lääkärille pidetään 3000-4000 asiakasta. Ry:llä on hyvä maine ja se paranee koko ajan. Se tunnetaan yksikkönä, joka tuottaa hyvää ja edullista palvelua. Kun vakinainen lääkäriresurssi on ratkaistu, on toiminnallisuus taas hyvää.

Ry:n ehdottomana vahvuutena pidettiin ohjaus- ja valvontamahdollisuutta hallituksessa toimittaessa sekä ostajan että tuottajan roolissa. Vahvuutena on myös se, että palveluita voidaan tuottaa omakustannushinnalla, väliin ei mahdu voitonkerääjiä. Tämä mahdollistaa laajemman palvelujen käytön, koska ei tarvitse miettiä mikä osuus palvelun hinnasta menee palvelujen tuottamiseen ja mikä yrityksen muuhun toimintaan.

Ry:llä ei ole perustamispääomaa. Perustamista helpotti se, että jollakin jäsenellä oli olemassa oleva työterveyshuolto ja sitä kautta valmis välineistö ja tilat. Mukaan tulleilta yrityksiltä ei vaadittu perustamispääomaa. Tärkeänä myös pidettiin sitä, että ry rakennetaan aktiivisen vetäjän ympärille, joka käynnistää tehokkaan hallinnon. Tässä ry:ssä kunnallisen toimijan kanssa yhteistyö on ollut saumatonta. Kunnalliselta toimijalta vaaditaan moderniutta ja avoimuutta lähteä mukaan uudenlaiseen toimintamalliin.

Jotta ry menestyy ja sen perustaminen on kannattavaa, tarvitaan joko kunnallinen toimija ja/tai suurehko yritys, jolla on intressejä hallintoon. Pienillä alle 20 hengen yrityksillä ei ole kiinnostusta, eivätkä ne käy kokouksissa. Niille riittää hyvä palvelu kohtuuhinnalla. Yli 50 hengen yrityksillä on jo hieman kiinnostusta osallistua hallintoon. Yli 100 hengen yritykset laittavat edustajan kokouksiin ja ovat aktiivisemmin mukana yhdistyksen hallinnossa. Isompana yksikkönä saa edustajan päätöksentekoon ja voi olla varma, että tavoitteet ja toiminta ovat linjassa omien tavoitteiden kanssa. Muutenkin ry:n vahvuutena on, että toiminta on sovittavissa. Esimerkiksi isommat yritykset ajoittavat määräaikaistarkastuk-

sensa tiettyihin aikoihin. Ry toivoo vahvempaa ja toimivampaa valtakunnallista yhteistyötä (olemassa on Työterveysyhteisöjen liitto), koska tyhjältä kentältä rakentaminen oli haasteellista. Ry suosittelee tutustumista jo olemassa oleviin ry:in.

Ry:n toiminta on vakiintunut taloudellisesti ja toiminnallisesti. Haasteena on vakiinnuttaa pysyvä ja määrällisesti oikea henkilökunta. Jäseniä saadaan hyvin lisää. Ry:n kokoa tulisi hieman kasvattaa ja pitää alueellisena, jotta toiminta paranisi entisestään. Ry:n tehtävänä ei ole tuottaa palveluita mahdollisimman halvalla, vaan laadun on oltava hyvää. Palveluita ostetaan sen verran kuin tarvitaan. Tulevaisuudelta toivotaan myös enemmän ymmärrystä viranomaisilta voittoa tavoittelematonta ry:tä kohtaan

Savonlinnassa on liikehdintää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Laaja-alainen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelut kattava uudistunut sairaanhoitopiiri, Sosteri, käynnistyi 1.1.2007. Tämä tuonee lisähaasteita ry:lle.

Nilsia

Alkumittaus 2005

Työterveysyksikkö oli hyvin toimiva ja hyvin resursoitu. Yksiköllä oli ammattitaitoinen ja asiakaslähtöinen avustaja sekä joustava lääkäri. Jonoja ei ollut ja tiimi koettiin upeaksi ja tehokkaaksi. Ajoittaiseen lääkäripulaan oli ostettu palveluita lähinnä terveystarkastuksia tekemään. Huolta aiheutti avustajan viran lakkauttaminen, mikä koettiin työterveysyksikössä selkeänä heikennyksenä työedellytyksiin, koska avustajan työt tulevat siirtymään hoitajille. Työterveysyksikössä oli hyvä toiminnan laatu ja tuloksellisuus. Vastaanotolle pääsy ja tavoitettavuus olivat hyviä. Organisatorisesti työterveyshuolto haki kiinteämpää yhteyttä poliklinikkaan.

Vuonna 2005 työterveyshuolto oli hallinnollisesti perusturvalautakunnan alainen. Omana tulosyksikkönä se oli ollut vuodesta 2000 lähtien, mikä vahvisti työterveyshuollon asemaa ja itsenäisyyttä. Myös dialogi lähimpiin esimiehiin terveyskeskuksessa oli lisääntynyt. Sen sijaan ylempiin päättäjiin oli dialogia vähän. 2005 vuoden päättäjädialogia leimasi kriisidialogi terveyskeskusavustajan toimen lakkauttamisesta.

Nilsian kunnallinen työterveysyksikkö on pieni, mikä tekee siitä haavoittuvan. Terveyskeskuksen päättäjillä on pohdinnassa, miten saataisiin lisää toimintavarmuutta. Mahdollisuuksina nähtiin yhteistyö toisen työterveyshuoltotoimijan kanssa tai palvelujen osto. Pienessä yksikössä koettiin kustannuspaineet koviksi, isommassa yksikössä pystyttäisiin tuottamaan palveluja edullisemmin. Uusia sopimuksia tuli koko ajan rakennus- ja matkailualoilta. Nilsiässä työterveyshuolto on sidottu vahvasti kansanterveystyön omalääkärijärjestelmään. Työterveyslääkärin vastuuväestö muodostuu työterveyshuoltoon kuuluvista henkilöistä. Myös heidän perheenjäsenensä kuuluvat työterveyslääkärin vastuuväestöön.

Kuntapäättäjät kokivat, että heillä ei ole kontaktipintaa työterveyshuoltoon. Tämä johtuu heidän mielestään siitä, että työterveyshuollon paikka on osana terveyskeskusta ja terveyskeskuksen johto on työterveyshuollon esimies. Työterveyshuoltoa pidettiin omana, itsenäisenä alueenaan. Kuntapäättäjät kokivat roolinsa työterveyshuollon asioissa erittäin vähäiseksi. Työterveyshuolto oli näyttäytynyt lautakuntatasolla henkilövalintoina ja hinnastoina. Tietämystä työterveyshuollosta ei ollut, mutta halukkuutta työterveyshuollon ymmärtämiseen ja lisätiedon saamiselle oli.

Työterveysyksikön sisällä avustajan toimen täyttämättä jättäminen herätti pohdinnan työterveyshuollon arvostuksesta ja sai aikaan hallinnollisen aseman pohtimisen. Haastatellut päättäjät olivat kuitenkin sitä mieltä, että työterveyshuolto on merkittävä asia kaupungin henkilöstölle ja sen työkyvyn ylläpidolle. Työterveyshuollon merkitys nähtiin päättäjätasolla kaupungin henkilöstön hyvinvoinnissa. Työterveyshuollon koettiin tuovan lisäarvoa kaupungille säilyttämällä väestön työkunnossa eläkeiän kynnykselle saakka. Toimiessaan ennaltaehkäisevästi sekä hyvillä malleilla ja periaatteilla työterveyshuolto on myös yritysten tärkeä kumppani. Varhaista puuttumista arvostettiin. Yksittäisistä toimintatavoista ja ajankäytöstä oli arvostelevia mainintoja päättäjääineistoissa.

Työterveyshuollossa on päättäjien mielestä vahvoja osajia ja työterveyshuoltoa kehitetään positiivisessa hengessä. Pienuudestaan huolimatta yksikköä pidettiin toimivana ja hyvämaineisena. Perusasetelmaltaan ja toimintamalliltaan työterveyshuoltoa pidettiin myös mallisuorituksena. Tärkeänä pidettiin myös kiinteää yhteyttä maatalousyrittäjiin, koska näiden määrä on Nilsiässä suhteellisen suuri.

Resurssipula painottui vahvasti seurantahaastatteluissa. Ongelmia aiheuttivat erityisesti lääkärivaje ja töiden epätasainen jakautuminen eri vuodenaikoina. Talviaikaan on ylikuormitusta johtuen Nilsiänsä vahvasta matkailuelinkeinosta. Avustajan toimi oli myös lakkautettu, mutta toisaalta työterveyshoitajavahvuutta oli lisätty puolikkaalla työterveyshoitajalla. Lääkäritilanne teki työterveysyksiköstä haavoittuvan. Vuonna 2007 työterveysyksiköllä oli 75 %:nen työterveyslääkäri. Resurssi on asiakasmäärään nähden riittävä, ongelmia tuotti yhden lääkärin varassa oleminen. Työterveyslääkäri on ollut henkilökohtaisilla vapailla ja koulutuksissa. Lisäksi työterveyslääkärille kuuluu muita terveyskeskustehtäviä, kuten päivystystä ja kouluttajalääkärinä toimimista. Sijaistilanne oli huono ja työterveyshuolto joutui ostamaan lääkäripalveluita yksityiseltä lähinnä kasautuneiden terveystarkastuksien tekemiseen. Ongelmana oli toiminnan laajentumisen ja työterveyspalveluiden saannin dilemma. Asian ratkaiseminen vaatisi terveyskeskusjohdon mukaan lisätövoimaa tai yhdistymistä isompaan yksikköön. Työterveyshuollon tilannetta kuvattiin tulipalon sammuttamiseksi, päivä kerrallaan elämiseksi.

Lisäpaineita lääkäriresurssiin tuo sairaanhoitoasiakkaiden kasvava määrä, johon työterveyshuolto ei pystynyt kunnolla vastaamaan. Nilsiässä yli puolella yritysasiakkaista on sairaanhoitosopimus. Lääkäriresurssin ontuessa paine siirtyy koko työterveysyksikköön ja näkyi jo negatiivisena asiakaspalautteena sekä asiakastyytyvyydessä. Hiljaiseen kesäaikaan matkailusesongin ulkopuolella apua lääkäripulaan saadaan perusterveydenhuollosta, mutta kiireiseen talviaikaan apuja on mahdoton saada. Vaihtoehtoina nähtiin sopimuksien purkaminen tai lääkäriresurssointi. Resurssipula on aiheuttanut myös sen, että sairaanhoitoa ei voi markkinoida. 2005-2007 välillä työterveyslääkärin vastuuväestöä on jouduttu pienentämään kahteen kertaan. Myös avustajan toimen lakkauttaminen näkyi vahvasti asiakastyytyvyysskyselyiden tuloksissa mm. tavoittamattomuutena (ks kpl 9.3). Terveyskeskusjohdon edustaja kertoi, että työterveyshuoltoon voidaan myös ottaa käyttöön muualle Nilsiänsä terveydenhuoltoon suunnitellut hoidon tarpeen arvioinnit ja tulevat sähköiset ajanvarausjärjestelmät.

Terveyskeskusjohdolla ja työterveyshuollon toimijalla oli erilaisia näkemyksiä asian ratkaisemiseksi. Terveyskeskusjohto näki, että työterveyshoitajien hoito- ja työpanosta voisi käyttää enemmän korvaamaan lääkäreitä, esimerkkinä väliaikaiskontrollit, sairasloman kirjoittamiset, hoidon tarpeen arviointi yms. Johto näki, että kynnystä lääkäriin on nostettava. Työterveyshuollon toimija puolestaan painotti sopimuksia ja maksavia asiakkaita sekä oikeutta nopeaan palveluun ja hoitoon. Työterveysyksikkö koki toimimattomuuden työyhteisössään henkisenä paineena.

Ongelmat saavutettavuudessa sekä erilaiset taustat ja ajattelutavat aiheuttivat ongelmia yhteistyöhön terveyskeskuksen sisällä. Työterveyshuolto koki, että terveyskeskuksen sisällä ei arvosteta työterveyshuoltoa ja kaipasi toiminnalleen konkreettista tukea. Mietittiin myös päättäjien tietämystä ja ymmärrystä tehdä päätöksiä työterveyshuollosta.

Laadun koettiin kärsineen tuotanto-ongelmista. Etenkin palvelujen saatavuus oli huonoa ja se näkyi laadun heikkenemisenä. Sisällöltään palvelujen laatu koettiin erinomaisiksi. Apuja saatiin ostetuista lääkäripalveluista. Myös uudistuville tietojärjestelmille asetettiin toiveita toiminnallisuuden parantamiseksi. Ammatillisesti ja asiantuntijuutta tarkasteltaessa työterveyshuollon tiimiä pidettiin hyvänä. Tiimissä oli selkeä työnjako ja avoin, keskustelevala ilmapiiri.

Nilsiässä oli 2005-2007 tapahtunut rakenteellisia muutoksia perusturvauudistuksen ja organisaatio-uudistuksen kautta. Työterveyshuollossa uudistus koettiin hyvänä. Uudistus toi mukanaan muutoksia työterveyshuollon organisatoriseen asemaan. Työterveyshuolto on nyt hoivapalvelujohtajan alaisena. Uusi perusturvajohtaja toi mukanaan tervetullutta kehittämistä ja muutosta käytäntöihin. Terveystenhuolto ja sosiaalihuolto yhdistyivät perusturvan alle, mikä jäsensi työterveyshuollon asemaa ja sen hahmottamista. Vaikka työterveyshuolto on ollut pitkään itsenäinen, nettoperustainen yksikkö, uusi rakenne ja perusturvajohtaja jäntevoittivat toimintaa. Organisaation koettiin selkeytyneen, palaverien sekä päätöksenteon järjestyneen (esim. laajennetut johtoryhmän kokoukset, joissa myös työterveyshuolto mukana). Kehittäminen koettiin hyväksi, mutta taustalla vaikuttavan resurssipulan koettiin heikentävän kehittämistä. Miten hoitaa kehittäminen ja kiireinen perustyö?

Työterveysyksikkö kehittäisi työterveyshuoltoprosessia kokonaisuudessaan yrityksistä lähtien. Työterveyshuollon tulisi mielestään näkyä enemmän työpaikoilla ja tehdä yhteistyötä. Ongelmana on Nilsiänsä työterveyshuollon pieniin yrityksiin painottunut asiakaskunta. Pienet yritykset eivät välttämättä ota työterveyshuoltoa vastaan maksun vuoksi.

Lähtövalaisuuden haasteena nähtiin lääkäriresurssin vakauttaminen, vaihtoehtona tälle nähtiin sairaanhoitosopimusten purku. Terveyskeskusjohto koki, että työterveyshuolto miettii itsenäisesti kehittämistään. Haasteena terveyskeskusjohto näki henkilöstövaihtuvuuden sekä viljelijöiden laajemman liittymisen työterveyshuoltoon.

Työterveyshuollon laajempaa kehittämistyötä tehdään lähikuntien kanssa fuusioituttaessa. Ratkaisuja toiminnallisuuden parantamiseen mietitään. Yhdistämiseen suhtauduttiin odottavasti ja positiivisesti. Usko isomman alueen tarjoamiin etuihin oli vahva. Tarkempia suunnitelmia yhdistymisestä ei vielä syksyllä 2007 ollut, tiedossa oli, että yhdistyminen tapahtuu vuoden 2010 alussa. Yhdistymisen uskottiin tuovan erityisalojen tuntemusta, työnjaollista selkeyttä (esim. kuka hoitaa maanviljelijät, tehdastyöläiset...) sekä vähentävän yhden lääkärin varassa olevan yksikön haavoittuvuutta. Ainoastaan lähipisteiden sijainti mietittyä.

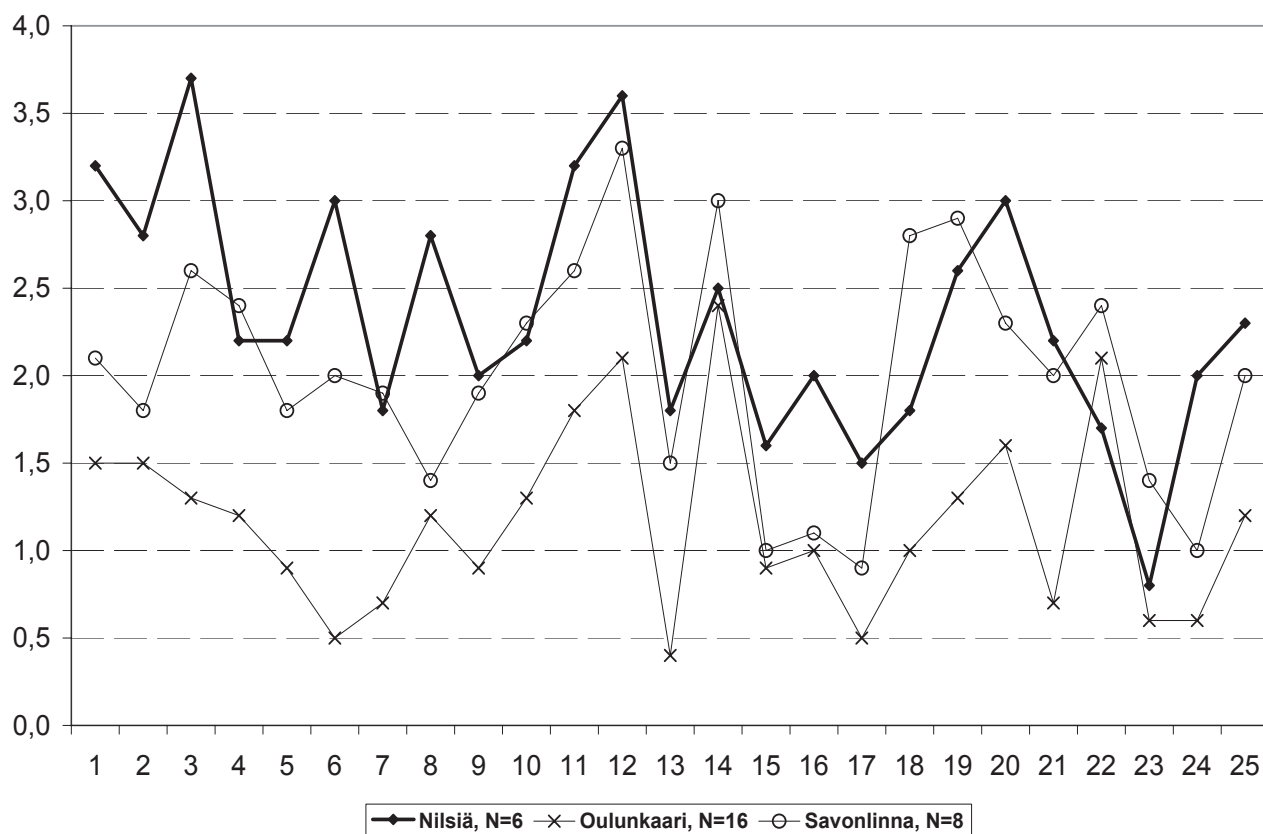
5.1.2 ITE-itsearviointimenetelmän tuottama tieto työterveysyksiköiden toiminnallisuudesta

Hankkeessa käytettiin ITE-menetelmää seurattaessa työterveysyksiköiden toiminnallisuutta eri toimintamalleissa. ITE-menetelmä on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköille, yrityksille ja ammatinharjoittajille laadunhallinnan työvälineeksi. Tässä hankkeessa ITE-menetelmästä hyödynnettiin ITE-itsearviointilomaketta, joka auttaa kartoittamaan asioiden hallintaa ja järjestystä työterveysyksikössä. ITE-itsearviointikysymykset pohjautuvat seuraaviin teemoihin: 1) perusarvot ja toiminnan perusteet, 2) toiminnan suunnittelu, 3) henkilöstövoimavarat ja niiden kehittäminen, 4) tilat, varusteet ja niiden käyttö, 5) palveluprosessit, 6) johtaminen, 7) tiedottaminen, markkinointi ja yhteistyö, 8) toiminnan seuranta ja 9) toiminnan arviointi ja kehittäminen.

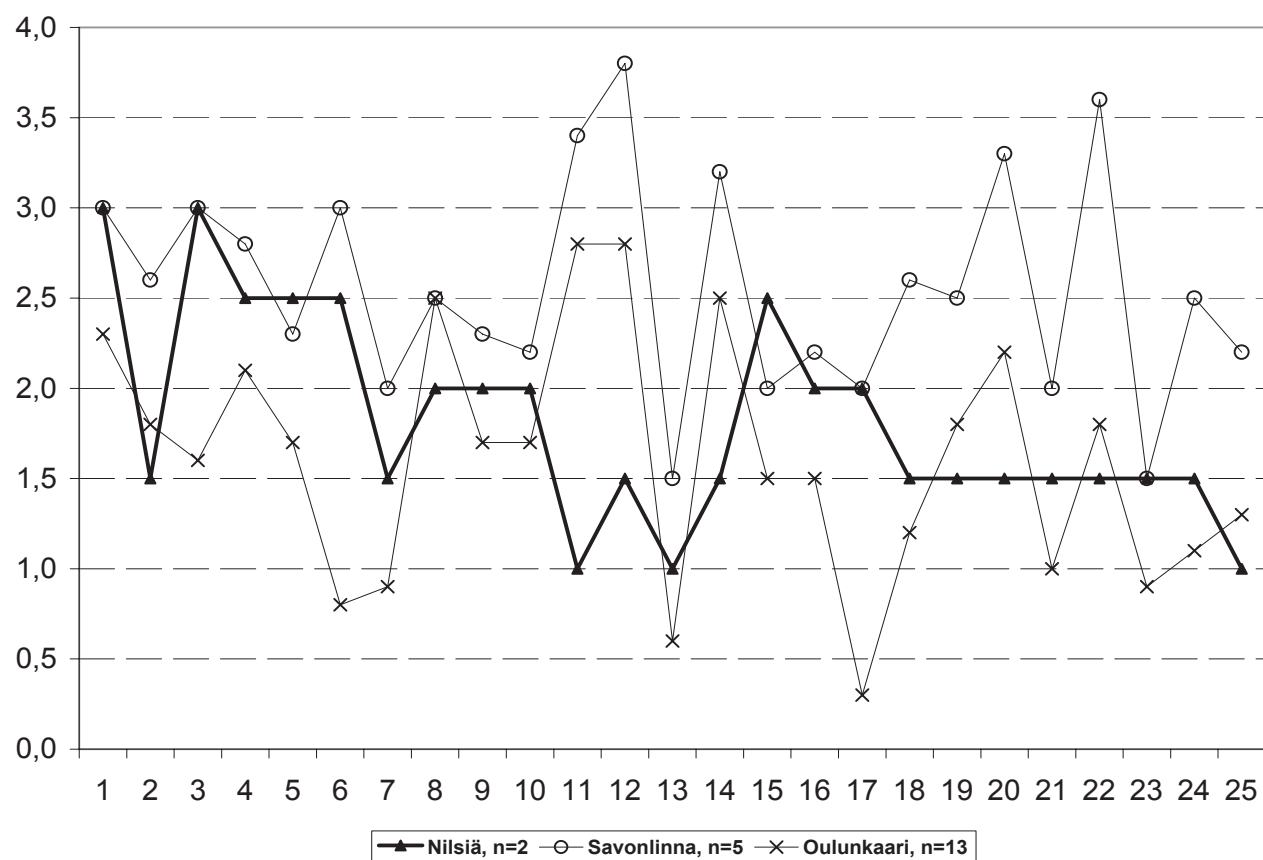
ITE-itsearviointiin osallistui tässä hankkeessa kaikkien yksiköiden henkilöstö vuosina 2004 ja 2006. ITE-itsearvioinnin tulokset kuvaavat kohteena olevien työterveysyksiköiden tilaa ja sen muutosta seuranta-aikana. Vuonna 2006 ITE-itsearvioinnissa olivat mukana samat henkilöt kuin vuonna 2004. Tämä näkyy vuonna 2006 pienempänä vastausmääränä.

Eri toimintamalleja vertailtaessa näkyi selviä eroja. Alkumittauksessa vuonna 2004 Nilsä oli henkilöstön itsensä arvioimana toiminnallisuudeltaan parhain. Nilsän vahvuudet liittyivät perusarvoihin ja toiminnan perusteisiin sekä toiminnan suunnitteluun sekä suurelta osin myös henkilöstövoimavaroihin ja niiden kehittämiseen. Nilsä sai keskiarvon 2,3. Savonlinnan keskiarvoksi muodostui 2,0. Savonlinnan vahvuudet liittyivät toiminnan seuraamiseen sekä myös toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. Oulunkaari oli selvästi heikoin alue ja sen kokonaiskeskiarvo oli 1,2. Oulunkaarelta oli havaittavissa yksittäisiä vahvoja arviointikohteita, esimerkiksi ostopalvelut, kalibrointi ja ohjeiden valvonta.

Vuonna 2006 Savonlinna osoittautui näillä arviointikriteereillä mitattaessa parhaiten toimivaksi toimintamalliksi työterveyshenkilöstön itsensä arvioimana. Savonlinna saavutti 2,2 kokonaiskeskiarvon. Parannusta oli havaittavissa kaikissa arviointikohteissa dokumentointia ja palveluesitteitä lukuun ottamatta. Etenkin perusarvoissa ja toiminnan perusteissa sekä toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä oli tapahtunut parannusta. Oulunkaaren kokonaiskeskiarvo oli noussut 1,5:een. Parannusta oli etenkin työterveysyksiköiden perusarvoissa ja toiminnan perusteissa sekä toiminnan suunnittelussa sekä toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Oulunkaarella on kuitenkin huomioitava, että Iin lohko oli kehittynyt paljon ja oli 2006 vahvin yksikkö kolmesta lohkosta. Pudasjärven ja Utajärvi-Vaalan lohkojen kokonaiskeskiarvo oli vuonna 2006 1,3 (2004 1,15). Iissä vastaava luku oli 2,1 (2004 1,1). Iin lohkoissa kaikki osa-alueet parantuivat huomattavasti. Pudasjärvellä kehitystrendejä ei ollut havaittavissa. Utajärvi-Vaalan alueella oli yksittäisissä arviointikohteissa parannusta, mm. prosessit, kehityskeskustelut, tiedottaminen, yhteistyö, mutta vastaavasti toiminnan arviointi ja kehittäminen olivat käytännössä loppuneet. Nilsän ITE-arvioinnin tuottama tulos vuonna 2006 oli selkeästi huonompi kuin vuonna 2004. Keskiarvo kaikista arvioinninkohteista oli tippunut 2,3:sta 1,8. Laskua oli havaittavissa kaikissa arviointikohteissa lukuunottamatta palveluprosesseihin liittyviä arviointikohteita, itsearviointia ja ilmapiiirkartoituksia.



Kuvio 1. ITE-itsearviointi vertailu toimintamalleittain keskiarvojen mukaan vuonna 2004



Kuvio 2. ITE-itsearviointi vertailu toimintamalleittain keskiarvojen mukaan vuonna 2006

5.2 Henkilöstönäkökulma

Tutkimuksen henkilöstönäkökulman tavoitteena oli tuottaa tietoa työterveyshuollon henkilöstön kokemuksista uuden organisoitumistavan suunnitteluun, aloittamiseen ja toiminnan vakiinnuttamiseen liittyen. Henkilöstön kokemukset muutosprosessista otettiin osaksi hanketta, koska organisaatiomuutos, myönteinenkin, on stressitekijä, jonka haitallisia vaikutuksia voi säädellä muutoksen hyvällä suunnittelulla ja osallistavalla toteuttamisella. Muutostutkimuksiin perustuen selvitettiin mukana olleen henkilöstön osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet muutokseen sekä koetut työn kuormitustekijät alku- ja loppumittauksin. Työn organisoimisen muutoksen oletettiin merkitsevän työterveyshenkilöstölle toisaalta uusia oppimisen ja kehittymisen mahdollisuuksia, mutta toisaalta myös kuormitustekijöitä toiminta-alueen laajentumisen myötä ja yritysten määrän kasvaessa. Työn kuormitustekijöitä mitattiin lomakekyselyllä sekä työterveyshenkilöstön temahaastatteluilla ennen - jälkeen -asetelmana.

Oulunkaari

Kyselytutkimus. Kyselytutkimuksen perusteella Oulunkaaren työterveyshuollossa työn kuormittavuus, voimavarat ja työn hallinta kehittivät myönteiseen suuntaan. Työn psyykkisen kuormittavuuden koettiin seuranta-aikana vähentyneen ja oli hankkeen päättyessä jonkin verran asteikkokeskiarvon alapuolella. Samanaikaisesti työn hallinta, sosiaalinen tuki työssä ja kehittämismyönteisyys olivat lisääntyneet. Tarkasteltaessa Ii:n lohkon ja muun Oulunkaaren työterveyshuollon kehitystä havaitaan, että erityisesti työhyvinvointiin liittyvät voimavaratekijät, kuten yhteistyön sujuminen, työn mielekkääksi kokeminen ja kehittymisen ja kasvun mahdollisuudet omassa työssä olivat kohentuneet paitsi koko Oulunkaarella, ennen kaikkea Ii:n lohkossa.

Haastattelut. Haastateltavien mielestä uuteen toimintamalliin siirtymisestä tiedotettiin runsaasti ja koulutusta oli riittävästi. Projektin myötä valitut vastuuhenkilöt ja aikabudjetti auttoivat suunnittelutyötä, koulutuksen toteutusta ja asioiden koordinoitua yksiköiden välillä. Eri työterveysyksiköillä oli samansuuntaisia odotuksia toiminnan uudelleen organisoimisen vaikutuksista heidän työhönsä. Tärkeimpinä mainittiin mahdollisuus työnjakoon ja erikoisosaamisen käyttämiseen, asiantuntijanäkemyksien ja -kemmusten vaihto, vuorovaikutus ja keskustelu ja mahdollisuus tarjota myös sairaanhoitopalveluja.

Mahdollisina uhkina pelättiin suuren yksikkökoon johtavan itsenäisyyden kaventumiseen ja työn yksipuolistumiseen. Myös epävarmuus työsuhteen säilymisestä ja työsuhdemuodoista nousi esiin. Aikaisemman toimintatavan aikana työn kuormitustekijöistä tuotiin esiin lääkärivajaus ja siitä seuranneet hankaluudet, erikoisosaamisen puute, työterveyshuollon arvostuksen heikkous ja tähän liittyen se, että työterveyshuoltoon ei ollut varattu työaikaa. Oman ammatillisen osaamisen kehittäminen oli myös jäänyt vähäiseksi.

Pudasjärven kohdalla kokemukset prosessiin osallistumisesta eivät olleet näin myönteiset. Siellä lääkäripula häytti toiminnan suunnittelua. Myös alueen elinkeinorakenne, maatalousvaltaisuus tuotti vaikeuksia toteuttaa hyvien käytäntöjen mukaista, asiakkaan tarpeisiin vastaava työterveyshuoltopalvelua. Erityisesti pitkät välimatkat tilakäynneillä olivat johtaneet eriäviin näkemyksiin työterveyshuollon korvattavuudesta, ajan- ja resurssien käytöstä. Loppuhaastattelun aikoihin Pudasjärvellä oli suunnitelmia työterveyshuollon uudelleen organisoimisesta ja henkilöstön koettu hyvinvointi perustui uskoon näiden suunnitelmien onnistumisesta.

Loppuarvio. Ii:n lohkossa työterveyshuollon irrottaminen fyysisesti erilleen terveyskeskuksesta koettiin myönteisenä. Henkilökunnan määrän kasvattaminen tuki toimintaa. Kokopäivätoimisen työterveyslääkärin saaminen merkitsi mm. mahdollisuutta kasvattaa sairastuvastaanottoa, lisätä markkinointia ja tarjota lääkärin konsultaatioapua pienille työterveyshuoltoyksiköille. Terveystenhoitajien kohdalla toisen hoitajan palkkaaminen antoi mahdollisuuden toteuttaa työnjakoa mm. ennaltaehkäisevän ja sairaanhoitotyön osalta ja myös yrityskohtaista vastuunjakoa. Myönteisenä koettiin työnantajalta tullut tuki työn tavoitteiden täsmentämisessä.

Toimintatavan uudelleen organisoimisen nähtiin vaikuttaneen myös työterveyshuollon arvostukseen itsenäisenä toiminta-alueena, verkostohyötyihin ja moniosaamiseen suuremmassa yksikössä. Myös oma

budjetti ja taloussuunnittelu lisäsivät itsenäisyyden ja merkityksellisyyden kokemuksia. Kokonaisuutena uudelleen organisoitu toimintamalli, joka perustuu yksikköön kasvattamiseen, verkostoyhteistyön lisääntymiseen ja työnjakoon koettiin myönteisenä ja edelleen kehittämisen arvoisena.

Haastateltavien mainitsema haitat ja kuormitustekijät muutoksen toteuttamisen aikana olivat enimmäkseen niin kutsuttuja hygieniatekijöitä, kuten pidentyneet työmatkat, totuttelu uusiin toimitiloihin ja sopeutuminen uuteen yhdistettyyn työkuultuuriin.

Henkilöstön työhyvinvoinnin seurannasta syntynyt kuva poikkeaa SEUTU-hankkeen Oulunkaaren kokonaiskuvasta: työterveyshenkilöstön haastattelutulokset kertovat lähes yksinomaan myönteisistä kokemuksista – poikkeuksena Pudasjärvi. Tämä selittyy osittain sillä, että syventäviin teemahaastatteluihin osallistuvien työterveysyksiköiden avainhenkilöt olivat kaikki nk. Ii:n lohokosta, jossa yhteistyön koordinointi oli onnistunut hyvin.

Savonlinna

Kyselytutkimus. Savonlinnan Seudun Työterveys ry:ssä työn psyykkinen kuormittavuus pysyi ennallaan tai väheni hiukan. Vaikuttamismahdollisuudet omaan työhön lisääntyivät. Sosiaalinen tuki työssä, joka oli jo alkumittauksessa suhteellisen korkea, pysyi ennallaan. Yksittäisistä työn hallinnan osatekijöistä erityisesti mahdollisuus kehittää omia kykyjä lisääntyi. Työtyytyväisyyden osatekijöistä koettu työn mielekkyys ja henkilökohtaisen kehittymisen ja oppimisen mahdollisuus lisääntyivät seuranta-aikana.

Haastattelut. Terveyskeskuksen ja yksityisen yrityksen työterveyshuoltopalveluiden yhdistäminen tapahtui työterveyshenkilöstön mielestä odottamatta, valmistelematta ja nopeasti. Yhdistämissuunnitelmat oli jo tehty, kun työterveyshuolto tuli mukaan toteutuksen suunnitteluun. Lähtötilanne oli silti myönteinen; uudistuksia, vaihtelua ja työn monipuolistumista kaivattiin. Käytännössä uudistus pantiin toimeen työterveyslääkärin ja yhden työterveyshoitajan voimin. Henkilökohtaisena panostuksena työ oli sangen suuri ja vaati paljon myös ”omaa aikaa”. Konkreettisia hankaluuksia seurasi mm. julkisen ja yksityisen asiakaskunnan potilastietojen yhdistämisestä, tietojärjestelmien yhdistämisestä, tuotteistamisesta ja hinnoittelusta, sekä pitkistä etäisyyksistä toimipaikkojen välillä. Varsinkin toiminnan alussa pidettiin hyvin kuormittavana taloushallinnon tehtäviä, budjetin laatimista, hinnoittelua ja palveluiden tuotteistamista. Lisäksi työterveyslääkärin kohdalla vastaavana lääkärimä toimiminen ja tavanomaisen potilasvastaanoton pyörittäminen samanaikaisesti muodostuivat isoksi urakaksi.

Seuranta-aikana, toiminnan vakiintumisen myötä erikoisesti terveydenhoitajat pitivät työskentelyolosuhteitaan ja toiminnan edellytyksiä hyvinä: useamman terveydenhoitajan työpanos sallii erikoistumisen ja tarkoituksenmukaisen työnjaon ennalta ehkäisevään toimintaan ja sairastuvastuvastuun. Myös keskinäinen konsultointimahdollisuus ja oman työn kehittäminen ovat nyt mahdollisia.

Yhteenvetona todetaan, että sekä Oulunkaaren että Savonlinnan seudun työterveyspalveluiden järjestäminen uudella tavalla on ollut myönteinen ratkaisu ainakin työterveyshenkilöstön kokemana. Työn hallinnan mahdollisuus on parantunut työnjaon ja yhteisen suunnittelun avulla, työterveyshuolto on saanut itsenäisemmän ja arvostetumman aseman aikaisempaan verrattuna ja siten henkilöstön työtyytyväisyys ja sitoutuminen työn tavoitteisiin sekä luottamus työn tavoitteiden mielekkyyteen ovat lisääntyneet. Aikaisemmat kuormitustekijät (kiire, yksin työskentely, osaamisvajae) ovat vähentyneet.

Nilsia

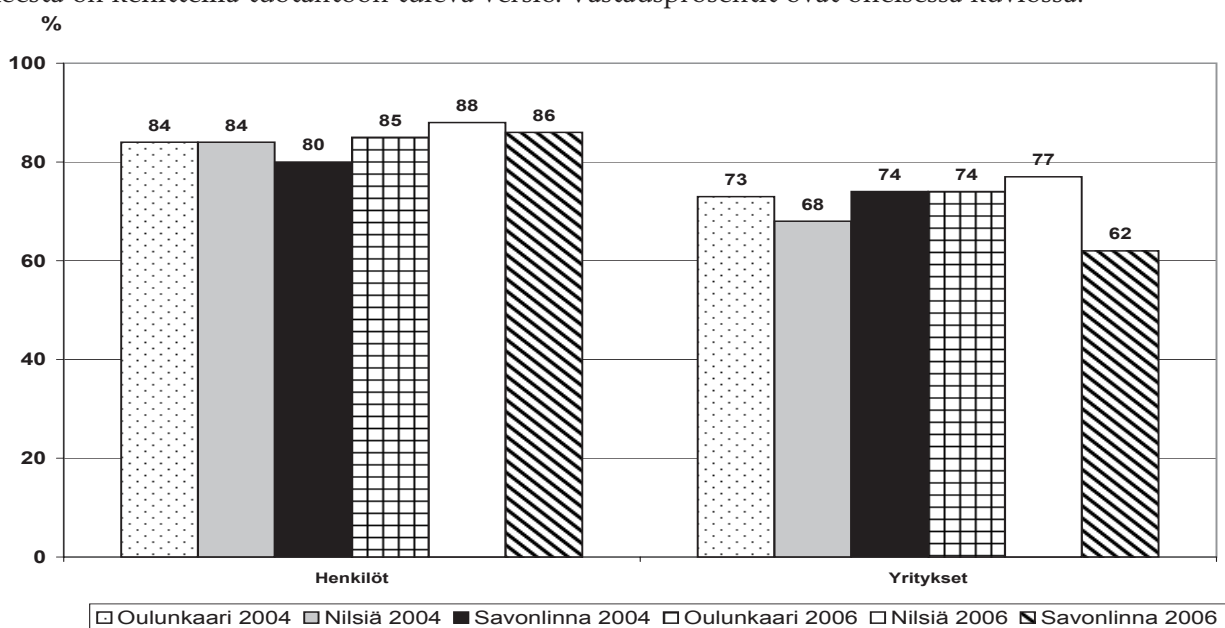
Verrokkina mukana ollut Nilsian kunnan työterveyshenkilöstö vastasi hankkeen alussa ja lopussa tehtyihin työhyvinvointi ja työn kuormitustekijöitä mittaaviin kyselyihin. Vastaajajoukko oli niin pieni, että tulosten tulkinnassa on oltava varovainen. Yleisilme oli tulosten valossa yksiselitteisen myönteinen sekä tutkimusjoukkoon että henkilöstön omien kokemusten kehittymiseen nähden. Nilsian työterveysyksikön sisäisessä vertailussa, huolimatta lääkäritilanteen heikentymisestä työn kuormitustekijät olivat hyvällä tasolla, lähes asteikkokeskiarvojen tuntumassa kauttaaltaan. Kiire ja tekemättömien töiden paine oli lisääntynyt jonkin verran, mutta samalla työn voimavaratekijät olivat vahvistuneet; työterveyshenki-

löstö koki tekevänsä tärkeää ja arvostettua työtä, kehittyvänsä työssään ja voivansa itse vaikuttaa työn-
sä kokonaisuuteen. Verrattuna Oulunkaareen ja Savonlinnaan Nilsin työterveyshenkilöstö tunsi vä-
hän enemmän kiirettä ja työpaineita, mutta kaikkien muiden kuormitustekijöiden kohdalla tilanne oli
pikemminkin parempi kuin tutkimusaineistossa. Erityisesti työn voimavaratekijät koettiin paremmik-
si kuin Oulunkaareessa ja Savonlinnassa. Pieni vastaajajoukko vähentää vertailun luotettavuutta, mutta
kertonee silti Nilsin sisäisestä tilanteesta: mukana olleet vastaajat olivat pitkän linjan työterveyshuol-
lon ammattilaisia, pienellä paikkakunnalla, jossa tieto kulkenee hyvin, työterveyshuollon ammatillinen
merkitys on sosiaalisissa rakenteissa tunnustettu ja sillä on pitkät ja hyvät perinteet, joita muutokset
eivät nopeasti pysty murtamaan.

5.3 Asiakasnäkökulma

Tutkimuksen asiakasnäkökulman tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten työterveyshuollon uudel-
leenorganisoiduminen ja toimintamallit vaikuttaa asiakastytytyvyyteen. Tätä selvitettiin asiakasty-
tytyvyysskyselyillä. Asiakastytytyvyysskyselyn keskeisinä elementteinä pidetään yleisesti asiakkaiden
odotusten selvittämistä, niiden huomioonottamista palvelutuotannossa sekä asiakastytytyvyyden
seuranta. Asiakastytytyvyysskyselyillä saadaan erilaisilta asiakkailta ja asiakasryhmiltä tietoa, mieli-
piteitä ja kannanottoja. Asiakastytytyvyysskysely määräytyy sen perusteella, miten hyvin prosessit ja niiden
tuotteet täyttävät asiakkaan tarpeet ja odotukset. Asiakastytytyvyyttä mitattiin sekä henkilö- että
yrityisasiakkaiden näkökulmasta. Asiakastytytyvyysskysely tehtiin molemmille asiakasryhmille vuosi-
na 2004 ja 2006. Seuranta-aineistolla hahmotettiin työterveyshuollon uuden organisoimistavan vaiku-
tusta sekä lyhyemmällä ja pidemmällä aikavälillä. Tarkastelunäkökulmina asiakastytytyvyysskyselyis-
sä olivat työterveysyksikön toimintatavat (15 kysymystä), ydinprosessien laatuun liittyvät näkemykset
(5 kysymystä) sekä työterveyshuollon kokonaisuuden ja kustannushyödyn arviointi. Aineisto nostaa
esiin myös ne tekijät, joita asiakkaat arvostavat/pitävät tärkeinä tukipilareina, jotka kantavat asiakas-
suhteen yli muutoksen. Toisaalta aineisto antaa myös viitteitä siitä, miten organisoitumismalli vaikut-
taa työterveyshuollon toimivuuteen ja toiminnalliseen tulokseen. Sekä henkilö- että yritysasiakkaiden
asiakaskyselyssä oli avoimet kysymykset, joissa kysyttiin työterveyshuollon hyviä ja kehitettäviä puo-
lia. Näissä vastauksissa nostettiin vapaamuotoisesti esille työterveyshuollon toimivuuteen vaikuttavia
kulmakiviä.

Henkilöasiakkaiden asiakastytytyvyyttä mitattiin työterveyshuollon asiakaskyselyllä. Ko. kysely on
Työterveyslaitoksen kehittämä kysely, joka on validoitu ja jolla on laaja vertailupohja. Lomakekysely
tehtiin sekä henkilö- että yritysasiakkaille postikyselynä. Yritysasiakastytytyvyysskyselylomaketta ke-
hitettiin ja testattiin tässä hankkeessa. Lomake toimi hyvin ja saatujen kokemusten perusteella lomak-
keesta on kehitteillä tuotantoon tuleva versio. Vastausprosentit ovat oheisessa kuviossa:



Kuvio 3. Asiakastytytyvyysskyselyiden vastausprosentit

Oulunkaari

Oulunkaaren henkilöstöasiakkaista puolet työskenteli kunnissa (2006 53%), yksityisellä työnantajilla työskentelevien osuus oli 35 prosenttia. Yritysiasiakkaat olivat pieniä organisaatioita. 23 prosenttia työskenteli alle viiden henkilön yrityksessä, 40 prosenttia puolestaan alle 19 henkilön yrityksessä.

Kokonaisuutena tarkasteltaessa henkilöasiakkaiden kokema asiakastyytyväisyys kasvoi seuranta-aikana hieman kaikilla osa-alueilla lukuunottamatta työterveysaseman sijaintia. Parannusta koettiin tapahtuneen erityisesti kokonaistyytyväisyydessä työterveyshuoltoon, työterveyslääkärin paneutumises-
sä sekä tiedotuksessa. Oikeus sairaanhoitopalveluihin oli kasvanut 66 prosentista 77 prosenttiin.

Oulunkaaren yritysasiakkaat olivat myös vuonna 2006 hieman tyytyväisempiä työterveyshuoltoon kuin vuonna 2004. Parannusta ei ollut niin paljon kuin henkilöasiakkaiden kohdalla. Pientä parantumista oli tapahtunut toiminnan kohdentumisessa, palveluiden nopeampana saantina, parannusehdotusten saamisessa sekä työ-
toimintaan ja työyhteisötoimintaan osallistumisessa. Kustannus-vastaavuus oli noussut hieman.

Tarkasteltaessa Oulunkaaren lohkoja on asiakastyytyväisyyden kehityksessä havaittavissa selviä eroja. Pudasjärven ja Utajärvi-Vaalan lohkoilla ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Tosin Pudasjärvellä tyytyväisyys työterveyshuollon sairaanhoitoon kasvoi huomattavasti. Henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyden nousu oli merkittävää Iin lohossa. Vuonna 2004 Iin lohko oli verrattuna koko Oulunkaareen ja muihin sen lohkoihin kaikissa osatekijöissä huonompi. Yritysiasiakkaiden asiakastyytyväisyydessä ero ei ollut aivan niin suuri kuin henkilöasiakkailla. Tarkasteltaessa Iin lohkoa tarkemmin vuosina 2004 ja 2006, on työterveyshuollon kehitys erittäin merkittävää kaikilla henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyden osa-alueilla lukuunottamatta työterveysaseman sijaintia. Yritysiasiakkaiden asiakastyytyväisyydessä tapahtunut muutos oli pienempää, mutta positiivista lukuunottamatta työolojen tunte-
musta ja työyhteisötyötä.

Verrattaessa Oulunkaaren lohkojen tilannetta vuonna 2006 henkilöasiakkaiden arvioimana ovat erot asiakastyytyväisyydessä tasaantuneet vuodesta 2004. Merkittäviä eroja lohkojen välillä ei enää ollut. Vuonna 2004 erot lohkojen välillä olivat vielä selvät. Pudasjärvi oli selvästi vahvin lohko kaikilla osa-alueilla, Iin lohko puolestaan sai alhaisimmat arvot erityisesti henkilöasiakkaiden arvioimana. Utajärvi-Vaala lohko näyttäisi toimivan hieman huonommin vuonna 2006 kuin muut henkilöasiakkaiden arvioimana. Yritysiasiakkaiden arvioima asiakastyytyväisyys antoi samankaltaisen tuloksen. Ainoana po-
sitiivisena tekijänä nousi Iin lohkon nopea palveluiden saanti.

Sekä henkilö- että yritysasiakkaiden asiakaskyselyssä oli avoimet kysymykset, joissa kysyttiin työterveyshuollon hyviä puolia ja kehittämiskohteita. Näissä vastauksissa nostettiin esille työterveyshuollon toimivuuteen vaikuttavia kulmakiviä. Oulunkaarella vuonna 2004 arvostettiin eniten ajansaan-
tia. Myös terveystarkastukset, henkilökunnan ystävällisyys ja ammattitaito nousivat merkitsevästi esiin työterveyshuollon vahvuuksina. 2006 toistuivat samat vahvuudet lukuunottamatta terveystarkastuk-
sia, jotka nosti työterveyshuollon vahvuudeksi enää kolmannes verrattuna 2004 aineistoon. Kehittä-
misen kohteita nähtiin enemmän vuonna 2004 kuin 2006. Ajansaantia pidettiin sekä vahvuutena että heikkoutena molempina vuosina. Terveystarkastuksia toivottiin enemmän molempina vuosina, tosin vuonna 2006 puolet vähemmän kuin vuonna 2004. Vuonna 2004 kehittämiskohteina pidettiin edellä mainittujen lisäksi työpaikan tuntemusta, tiedotusta, henkilöstövajetta, tietämyksen puutetta työterveyshuollon sisällöstä sekä yksilöllisyyttä. Nämä eivät nousseet selvästi esiin enää vuonna 2006. Sen si-
jaan vuonna 2006 vastauksista ilmeni erittäin selvästi lääkärivaihtuvuus ja sen tuomat ongelmat.

Yritysiasiakkaiden vastauksissa painottui jo vuonna 2004 vahvasti resurssipula sekä lääkärivaje. Myös työpaikan tuntemus koettiin puutteelliseksi. 2006 aineistossa päällimmäisenä kehittämisen paikkana nähtiin myös lääkärivaje ja sen aiheuttamat ongelmat työterveyshuollon toimintaan. Sekä 2004 että 2006 yritysasiakkaat arvostivat työterveyshenkilöstön ammattitaitoa sekä 2006 erityisesti työterveys-
hoitajia ja heidän työpanostaan.

Savonlinna

Ry:tä perustettaessa yhdistyivät isojen yritysten omat työterveysasemat. Kaakkois-Savon ktt:n kun-
tayhtymän asiakkaista tuli ry:hyn mukaan myös pienempiä yksityisiä yrittäjiä sekä maatalousyrittäjiä.

Ry:n alkumittauksen aineisto kerättiin takautuvasti, koska ry oli jo aloittanut toimintansa (2003) ennen hankkeen alkamista. Henkilöitä pyydettiin kuvaamaan tilannetta ennen ry:tä. Koska ry:n asiakaskunta on taustaltaan yritysten omien työterveysasemien henkilöstöä ja päättäjiä, sekä Kaakkois-Savon kuntayhtymästä tullutta entisiä kunnallisen työterveyshuollon asiakkaita, käsitellään ry:n aineistoa kahdessa osassa. Näin päästään kiinni siihen, mitä toimintamallin muutos aiheutti kummankin ryhmän asiakastyytyväisyyteen. Tällainen alkutilanteen tarkastelu myös mahdollistaa vertailun muihin alueisiin ja niiden lähtötilanteisiin.

Yritysten omien työterveysasemien henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyydessä ei tapahtunut suuria muutoksia ry:hyn siirryttäessä. Molempia organisointimalleja pidettiin hyvinä tai erittäin hyvinä. Parantamisen varaa nähtiin molempina vuosina työterveyshuollon oma-aloitteisessa aktiivisuudessa ja näkymisessä työpaikoilla. Tyytyväisyys työterveyshuoltoon kokonaisuudessaan oli hieman laskenut, sisältäen terveystarkastukset, sairastuvastuvuuden, aikojen saatavuuden sekä työterveysaseman sijainnin. Pientä asiakastyytyväisyyden laskua oli nähtävissä nimenomaan työpaikalla näkymisessä, työterveyshuollon osallistumisessa työ-toimintaan sekä työpaikan työolojen tuntemisessa.

Alkuperäisten yritysten omien työterveysasemien yritysasiakkaat näkivät ry:n parantaneen asiakastyytyväisyyttä. Yritysten omat työterveysasemat saivat jo sinällään poikkeuksetta hyvät ja osin myös erittäin hyvät arviot. Yritysasiakkaiden näkökulmasta ry toi parannusta tiedottamiseen, palveluiden nopeaan saantiin sekä henkilöstön palvelualltiuteen. Erityisesti työpaikan työolojen tuntemuksen arvioitiin parantuneen. Parannusta oli havaittavissa myös puolueettomuudessa sekä suositusten ja parannusehdotusten saamisessa. Kokonaisuudessaan tyytyväisyys työterveyshuoltoon oli kasvanut. Ainoana heikentyneenä asiana yritysasiakkaat näkivät työyhteisötyön. Myös työterveyshuollon suosittelemien toimenpiteiden seuranta oli parantunut. Säännöllisesti seurantaa tehtiin 43 prosentissa yrityksissä, vastaava luku omalla työterveysasemalla järjestetystä työterveyshuollosta oli 27 prosenttia. Myös työterveyshuollosta saatava kustannus-vaikuttavuus oli hieman noussut (75%).

Kaakkois-Savon terveydenhuollon kuntayhtymästä siirtyminen ry:n asiakkaiksi vaikutti hieman alkuperäisiin kunnallisen työterveyshuollon henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyteen. Yritysasiakkaisiin vaikutus oli selvempi. Lähtötilanteessa oltiin erityisen tyytyväisiä palvelualltiuteen, aikataulujen pitävyyteen, työterveyshoitajien paneutumiseen, päätäntävällään kunnioittamiseen, neuvojen ymmärrettävyyteen sekä osaamiseen ja luottamuksellisuuteen. Nämä kaikki arvostettiin myös korkealle vuonna 2006 arvioitaessa ry:n toimintaa. Heikkoina kohtina työterveyshuollossa pidettiin molemmissa vastaajaryhmissä työpaikalla näkymistä, osallistumista työ-toimintaan sekä aktiivisuutta aloitteiden tekemisessä. Ry:ssä oltiin tyytyväisempiä henkilökunnan tavoitettavuuteen. Oikeus sairaanhoitopalveluihin kasvoi ry:hyn menon mukana henkilöasiakkailla 61 prosentista 76 prosenttiin. Osin tästä syystä myös sairaanhoitopalvelujen käyttö nousi. Viimeisen vuoden aikana 50 prosenttia henkilöasiakkaista oli käyttänyt sairaanhoitopalveluja. Vastaava luku vuonna 2003 oli 26 prosenttia. Vain maatalousyrittäjät kokivat kustannus-vaikuttavuuden heikentyneen ry:n myötä.

Yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyys nousi ry:n myötä. 2003 arvostettiin erityisesti palvelualltiutta, ammattitaitoa ja puolueettomuutta. Asiakastyytyväisyys oli heikkoa työterveyshenkilöstön näkymisessä työpaikalla, osallistumisessa työ-toimintaan sekä aktiivisuudessa. Pientä parannusta tapahtui melkein kaikilla asiakastyytyväisyyden osa-alueilla. Selkeää parannusta oli havaittavissa työterveyshenkilöstön näkymisessä työpaikoilla. Työterveyshenkilöstön ammattitaidon puolestaan arvioitiin heikentyneen. Yritysasiakkaiden kyselyn erityispiirteinä Kaakkois-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän kohdalla oli se, että kysyttäessä vastaavia asioita tarkemmilla, monimuotoisemmilla kysymyksillä asiakastyytyväisyyden voi sanoa parantuneen. Kun pyydettiin antamaan kouluarvosana kokonaisuuksista, voi asiakastyytyväisyyden katsoa hieman heikentyneen. Myös yritysasiakkaat kokivat suositeltujen toimenpiteiden seurannan kasvaneen. Säännöllistä seurantaa oli kokenut 39 prosenttia, seurantaa yleensä 43 prosenttia. Vastaavat luvut vuonna 2004 olivat 27 prosenttia ja 40 prosenttia. Kustannus-vaikuttavuuden koettiin selkeästi parantuneen. 73 prosenttia yritysasiakkaista koki hyötyjen vastaavan melko hyvin kustannuksia. Vastaava luku 2004 oli 45 prosenttia.

Alunperin yritysten työterveysasemien työterveyshuoltoon kuuluneet yritysasiakkaat ovat tyytyväisempiä kaikilla osa-alueilla lukuunottamatta tyytyväisyyttä työyhteisötoimintaan. Sama ilmiö on myös havaittavissa henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä tarkasteltaessa. Tosin ero ei ole niin iso kuin yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä vertaillaessa. Entiset yritysten omien työterveysasemien henkilö-

asiakkaat käyttivät myös yli kaksi kertaa enemmän työterveyspalveluita (84 % käytti vuonna 2005 työterveyspalveluita) kuin entiset kunnallisen työterveyshuollon asiakkaat (30 %). Sairaanhoidon osalta prosentit ovat samansuuntaiset: 71 % ja 27 %.

Ry:n avoimissa vastauksissa on huomioitava, että alkumittauksen avovastaukset edustavat tilannetta ennen ry:tä ja seurannan avovastaukset ry:n aikaisia arvotuksia. Ennen ry:tä yritysasiakkaat nostivat työterveyshuoltonsa hyväksi puoliksi vahvasti sen edullisuuden, muita hyviä puolia olivat ystävällisyys, työpaikantuntemus (omat työterveysasemat) sekä ammattitaito. Kehittämiskohteina nähtiin lääkäri- ja sekä tietämys työoloissa, näihin painotuksiin oli vaikutusta Kaakkois-Savon työterveyshuoltoon kuukauden kuluessa. Ry:ssä hyvänä nähtiin nopea toiminta sekä etenkin yritysten henkilöstön tuntemus. Yritysasiakkaiden vastauksissa ei noussut merkittäviä yleistettäviä mainintoja kehittämiskohteista.

Henkilövastauksissa ennen ry:tä työterveyshuoltojen vahvuuksina nähtiin työterveysaseman sijainti (erityisesti omat asemat), ajansaanti (erityisesti omat asemat), ammattitaito, tuttu henkilökunta, ystävällisyys sekä palvelualltius. Näistä hyväksi koetuista asioista nousi esiin ajansaanti ja ammattitaito myös ry:n tuloksissa. 2004 työterveyshuolloissa nähtiin ongelmana yksilöllisyyden puute sekä asiakkaan ongelmiin paneutuminen. Ajansaanti nousi vähemmän merkitseväksi sekä ennen ry:tä että ry:n aikana kehittämisen kohteeksi.

Nilsia

Nilsia toimi tässä hankkeessa verrokkina. Nilsian tuottamat tulokset kuvaavat hyvin pienehkön työterveysyksikön arkea ja herkkyyttä muutoksille.

Nilsian asiakaspohja säilyi vuosina 2004-2007 samanlaisena. Noin 50 % henkilöasiakkaista oli yksityisen yrityksen palveluksessa. Kaupunki työllisti noin 40 % työterveyshuollon henkilöasiakkaista. Noin 50 % henkilöstökyselyyn vastanneista oli työntekijöitä, maatalousyrittäjiä oli 22 %. Työterveyshuollon asiakasyritysten koot olivat Nilsiässä pieniä, 39 prosenttia työterveyshuollon asiakasyrityksistä oli 2-4 hengen yrityksiä. Kolmasosan yritysasiakkaista henkilömäärä oli 5-19.

Henkilöasiakaskyselyn tuloksissa näkyi myös vahva sairaanhoidon kysyntä. Sairaanhoitopalveluiden sisältyminen työterveyshuoltosopimukseen oli noussut 10 prosentilla.

Nilsiässä asiakastytyväisyys henkilöasiakkaiden arvioimana oli hyvä vuonna 2004. Erityisen vahvaa oli sovittujen aikataulujen pitäminen, henkilökunnan palvelualltius sekä työterveyshoitajien paneutuminen asiakkaan ongelmiin. Myös työterveysaseman sijaintiin oltiin tyytyväisiä. Henkilöasiakkaiden asiakastytyväisyydessä ei ollut tapahtunut muutoksia niin paljon kuin yritysasiakkaiden. Henkilöasiakkaat kokivat henkilökunnan tavoitettavuuden huonontuneen. Pientä parannusta oli työpaikkaan liittyvissä työterveyshuollon palveluissa, kuten työ- ja toimintaan osallistumisessa ja avunsaannissa työyhteisöongelmiin.

Yritysasiakkaiden asiakastytyväisyysmittauksessa oli tapahtunut muutoksia enemmän. Henkilöstön palvelualltius arvostettiin molempina vuosina erittäin korkealle. Muuten heikennystä oli tapahtunut hieman melkein kaikissa mitattavissa seikoissa. Eniten heikennystä oli tapahtunut työterveyshenkilöstön näkymisessä työpaikalla, työyhteisötoiminnassa sekä osallistumisessa työpaikan työ- ja toimintaan. Heikennystä yritysasiakkaiden arvioimana oli tapahtunut myös tiedottamisessa ja henkilöstön terveydentilan ja työkyvyn tuntemisessa. Myös kokonaistyytyväisyys työterveyshuoltoon oli laskenut. Positiivista kehitystä oli tapahtunut toimenpiteiden seuraamisessa. Säännöllistä toimenpiteiden seurantaa yhdessä työterveyshuollon kanssa oli 57 % yrityksistä, vastaava luku vuonna 2004 oli 21 prosenttia. Kustannuksien vastaavuus saatuaan hyötyä oli laskenut. Melko huonosti kustannusvastaavuuden koki 19 % yrityksistä.

Avoimissa vastauksissa yritysasiakkaiden kyselyssä vuonna 2004 nousi esille erittäin paljon hyviä asioita työterveyshuollosta ja sen toiminnasta. Nämä kuitenkin jakaantuivat useisiin eri teemoihin. Seuraavat teemat erottuivat selvemmin: ajansaannin nopeus, ammattitaito, seuranta, tuttuus, puolueettomuus, työn tuntemus, palvelualltius sekä ystävällisyys. Kehittämiskohteita Nilsiässä koettiin olevan vuonna 2004 huomattavasti vähemmän. Osa kuitenkin koki ajan saannin olevan toisinaan hankalaa, lääkäri- ja vaihtuvuus koettiin myös ongelmaksi. Toivottiin myös aktiivisempaa yhteydenpitoa sekä sairaanhoitopalveluita myös yrittäjien saataville. Osa koki työterveyshuollon myös kalliiksi. Seuranta-aineistossa vahvaksi ja merkittäväksi kehittämistä vaativaksi seikaksi nousi lääkäri- ja vaihtuvuus ja -vaje.

Osin tästä syystä kaivattiin lisää terveystarkastuksia, aktiivisuutta sekä lääkärille nopeampaa ajansaantia. Myös tiedotus ja yhteistyö nousivat kehittämistä vaativiksi asioiksi. Parhaimpana seikkana vuonna 2006 pidettiin työterveyshoitajia ja heidän tekemäänsä työtä sekä ystävällisyyttä, palvelualttiutta, ammattitaitoa ja joustavuutta.

Henkilöasiakkaat arvostivat molemmissa mittauksissa eniten terveystarkastuksia. Tosin molemmissa mittauksissa niitä myös kaivattiin lisää kuin myös nopeampaa ajansaantia (vuonna 2006 yleensä ajansaantia) lääkärille. Molemmissa mittauksissa nousi kehittämisen kohteeksi myös työpaikkatuntemus. Positiivisena vuonna 2004 henkilöasiakkaat näkivät ammattitaidon, ystävällisyyden ja palvelualttiuden. 2006 arvostettiin terveystarkastuksia, lääkärin saatavuutta (lääkärin ollessa paikalla) sekä työterveyshuollon toimijoiden asiantuntemusta. Erittäin vahvana vuonna 2006 nousi esiin tavoitettavuusongelmia. Tämä liittyi pääosin puhelintavoitettavuuteen. Isona kehittämiskohteena henkilöasiakkaat näkivät myös henkilökunnan vaihtuvuuden.

Asiakastyytyväisyyden vertailu eri toimintamalleissa 2006

Vertailtaessa eri toimintamalleja 2006 on mielenkiintoista se, että henkilöasiakkaiden kohdalla ei ole suuria eroja asiakastyytyväisyydessä. Yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä vertailtaessa toimintamallien väleille löytyy selkeitä eroja. Henkilöasiakkaiden tyytyväisyyden arviot vuonna 2006 olivat yhtenevät. Erot olivat pieniä, eivät merkitseviä. Suurin ero oli työterveyshuollon puolueettomuudessa suhteessa työnantajaan ja työntekijöihin. Ry:n henkilöasiakkaat kokivat puolueettomuuden selkeästi heikommaksi kuin muiden toimintamallien henkilöasiakkaat. (Vrt ry:n poikkeavan hyvä yritysasiakastyytyväisyys). Ry:n yritysasiakkaat olivat merkittävästi tyytyväisempiä työterveyshuoltoonsa kuin muiden toimintamallien yritysasiakkaat. Kaikissa malleissa hyvät arvosanat saivat työterveyshuollon ammattitaito, palvelualttius sekä henkilöstön terveydentilan ja työkyvyn tuntemus. Savonlinnassa tarkasteltaessa alkuperäisen yhdentymisjaon mukaisesti muutamissa kohdissa kunnallisesta työterveyshuollosta siirtyneet yritysasiakkaat arvioivat asiakastyytyväisyytensä huonommaksi kuin yritysten omilta asemilta olevat asiakasyritykset. Ry:ssä myös seurattiin suositeltujen toimenpiteiden toteutumista aktiivisimmin. Säännöllisesti seurattiin 39 % yritysasiakkaan suosituksien toteutumista, vastaavat luvut olivat Oulussa 22 % ja Nilsiässä 15 %. Oulussa tilanne oli heikoin, koska siellä työterveyshuolto ei ollut suositellut toimenpiteitä lainkaan tai niitä ei ollut seurattu 31 % yritysasiakkaalla. Erittäin hyväksi tai hyväksi kustannus-vaikuttavuuden arvioi ry:ssä 77 % yritysasiakkaista. Vastaava luku Nilsiässä oli 60 % ja Oulussa 61 %.

5.4 Verkostoseminaarit

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen yhteinen verkostoseminaaritoiminta on ollut osa tätä hanketta. Seitsemän (7) verkostoseminariaa on koonnut yhteen 149 hanke-edustajaa, läänien edustajaa ja työterveyshuollon kehittämisessä mukana olevaa asiantuntijaa vuosina 2002-2007. Verkosto koostuu asiantuntijajäsenistä, jotka ovat mukana työterveyshuollon kehittämisessä valtakunnan tasolla (STM, Kela, Kuntaliitto, Työterveyslaitos ja työmarkkinajärjestöt). Mukana on myös läänien sekä maakunnissa toimivien työterveyshuollon kehittämisselviöiden edustajia. Verkoston jäsenet kokoontuvat 1-2 kertaa vuodessa kehittämisselviöihin. Sisältönä oli ajankohtainen työterveyshuollon alueelliseen kehittämiseen liittyvä lainsäädäntö, kehittämisselviöiden toteuttamiseen liittyvä informaatio sekä hanke-esittelyt ja kokemusten jakaminen. Seminaarit ovat toimineet keskeisenä valtakunnallisena informaatio-ohjausfoorumina kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Verkostoseminaarit toimivat paitsi ajankohtaisen tiedon välittäjinä myös keskustelufoorumeina, joissa vaihdettiin osaamista ja kokemuksia. Verkostoseminareilla pyrittiin aktiivisesti tukemaan paitsi osaamista ja tietämystä niin myös hyvien käytäntöjen (benchmarking) ja innovaatioiden vaihtoa työterveyshuollon muuttuvassa ympäristössä. Analysoitaessa osallistujia, on nähtävissä kaksi muutoksen aaltoa. Verkostoseminariin alussa aktiivisesti osallistuneet ovat saaneet jo muutostyönsä lähes valmiiksi. 2006 ja 2007 on mukaan tullut paljon uusia toimijoita ja yksiköitä, joilla muutostyö on vasta alussa.

Verkostoseminaarilla on tuettu muutoksia suunnittelevia ja tekeviä työterveysyksiköitä. Verkostoseminaarit herättivät kehittämisehdotuksia lainsäädäntöön. Ne ovat auttaneet työterveysyksiköitä rakenteellisen muutoksen toteutuksessa (kunnalliset työterveyshuollon liikelaitokset). Johdannaisseurauksena voidaan pitää myös kehittämishankkeiden määrän kasvua. Kaiken kaikkiaan verkostoseminaarien avulla on saatu yleiskuva ja käsitys kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän nykytilasta ja tulevaisuudesta. Konkreettisia tuotoksia on myös hanke-edustajien keskinäinen tutustuminen, vertaistukiverkoston syntyminen, uusien keskusteluaihioiden synty ja kunnallisen työterveyshuollon aktivoitunut tulevaisuuspohdinta. Johdannaisseurauksena syntyi myös kunnallisten liikelaitosten verkosto. Verkostoseminaarit koettiin erittäin toimivaksi. Verkostoseminaarimenetelmää laajennettiin sisällön kehittämiseen muunmuassa käynnistämällä sosiaali- ja terveysalan työterveyshuollon osaamisverkoston. Myös vuorovaikutteisuutta ja erilaisten toimintamuotojen etsintää tulee jatkaa. Yhdessä kehittämisen ja tekemisen halu olisi saatava jatkuvaksi voimavaraksi työterveyshuollon kehittämisessä.

Verkostoseminareihin osallistujille tehtiin vuosina 2004 ja 2005 kyselyt seminaarien sisällöstä ja merkityksestä. Tärkeimpinä pidettiin ajankohtaisen tiedonsaantia kunnallisen työterveyshuollon tilanteesta, tietoa erilaisista työterveyshuollon järjestämistavoista sekä tietoa kehittämishankkeista ja niissä tehdyistä ratkaisuista ja niiden toimivuudesta. Kehittämisehdotukset liittyivät verkostotoiminnan jatkamisen lisäksi vuorovaikutteisuuden lisäämiseen, virtuaaliverkoston kehittämiseen, työryhmyöskentelyyn sekä rajapintojen selvittämiseen muun terveydenhuollon ja yksityisen sektorin kanssa.

Verkostoseminareista on laadittu posterit, jotka on raportin liitteenä (Liite 2).

5.5 Työajanseuranta- sekä kustannuslaskenta ja hinnoittelu työkalut

Kunnallisten työterveysyksiköiden rakenteellisessa kehittämisessä on yksi haaste ollut kustannuslaskennan ja hinnoittelun vaikeus. Tämä koettiin myös hankkeessa mukana olevissa yksiköissä. Kunnallisten työterveysyksiköiden tulisi asiakasmaksuasetuksen perusteella periä asiakkailtaan todelliset, toiminnasta aiheutuvat kustannukset. Tulorahoitus turvaa tarvittavien henkilöstöresurssien palkkaamisen työterveysyksikköön. Palvelujen hinnoittelu on kustannusvastaavasti on selkeä ongelma kunnallisissa työterveysyksiköissä. Kunnallisissa työterveysyksiköissä on vähän taloushallintoon liittyvää osaamista ja varsinkin pienissä kunnissa kustannuslaskennan ja hinnoittelun osaajia on niukasti suhteessa tarpeeseen.

Tähän ongelmaan vastaamiseksi kehitettiin hankkeessa ekvivalenssilaskentaan perustuva excel-taulukkolaskentaa käyttävä kustannuslaskentataulukko, jolla pystytään laskemaan työterveysyksikön eri ammattiryhmille omakustannushinta laskutettavaa työtuntia kohti. Sen avulla voidaan laskea kaikkien tuotteiden tuotantokustannukset käytetyn työajan perusteella. Taulukkoa on kehitetty ja testattu kuudessa eri työterveysyksikössä. Saatujen kokemusten perusteella näyttää siltä, että kustannuslaskennan taustalla olevan talousajattelun ymmärtäminen työterveyshuollon ammattihenkilöille on haasteellista.

Jotta kehitetyn taulukkotyökalun käyttö voisi juurtua työterveysyksikön arkikäyttöön, tarvitaan käyttöönottoaiheessa yksikön ulkopuolisen asiantuntijan, työterveysyksikön talousasiat tuntevan ja työterveyshuollon ammattihenkilön yhteistyötä. Jatkossa tulisi vähintään yhden henkilön joka työterveysyksikössä paneutua oman tehtävänsä ohella kustannuslaskennan ja hinnoittelun opettelemiseen.

Työterveysyksikön kustannuslaskentaan liittyy kiinteästi eri ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden työajankäyttö. Palkkakustannukset sivukuluineen ovat 70-80 % työterveysyksikön kokonaiskustannuksista. Siitä syystä työajankäytön seuranta, sen jakautuminen eri ammattihenkilöillä laskutettavaan ja ei-laskutettavaan osaan on tärkeä osa kustannuslaskentaa. Työterveyslaitoksella on kehitetty ja käytetty eri tutkimus- ja kehittämishankkeissa lomakkeistoa työajankäytön seurannan toteuttamiseen eri ammattihenkilöille ja asiantuntijoille. Tässä hankkeessa lomakkeiston sisältöä kehitettiin edelleen. Lomakkeiston käyttöä helpottamaan tehtiin excel taulukkolaskentaohjelmalla tallennuspohja, joka sisältää myös laskukaavat ja tulostuksen yksittäisen työntekijän sekä eri ammattiryhmien työajan seurannan yhteenvedon varten. Työkalu toimii työterveyshuollon eri ammattiryhmissä yksilöiden välisen työajan käytön seurannassa ja antaa tietoa eri ammattiryhmien esim. työterveyshoitajat työajan käytöstä laskutettavaan/ei-laskutettavaan työaikaan ja työterveyshuollon eri toimintoihin käytettyyn työaikaan.

6 Tulosityhteenvedo, pohdinta ja johtopäätökset

Vaikuttavuusarvioinnissa vastataan kysymykseen: Mitä tekemällä tai miten toimimalla voimme saavuttaa tuloksen, ja miksi näiden tekojen seurauksena tulos syntyy. Tätä perusmääritelmää hyödynnetään tässä hankkeessa arvioitaessa eri toiminta- ja organisoitumismallien vaikuttavuutta. Vaikutusteorian (muutosteorian) käytetään olettamuksia siitä, miten toiminta- ja organisoitumismallien muutokset on saatu aikaan. Lisäksi etsittiin vastauksia siihen, miksi ja miten organisoitumismallit vaikuttavat. Vaikuttavuus nähdään siis toiminta- ja organisoitumismallien aikaansaamana muutoksena ja seurauksena/ vaikutuksena.

Realistista arviointitutkimusta hyödynnettiin tavoittelemalla syy- ja vaikutussuhteiden selvittämistä. Tutkimuksessa selvitettiin interventioden, mekanismien ja kontekstien yhteyttä. Realistinen tutkimusote antoi mahdollisuuden tarkastella arvioitavaa kohdetta vähitellen täydellistyvänä, syy-yhteyksiä koskevana oletusten ketjuna. Arvioinnin tehtävä tässä olikin selvittää ”mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa.”

6.1 Kolme selviytymistarinaa, yhteenvedo toimintamalleista

Oulunkaari

Oulunkaarella tapahtunut työterveyshuollon kehittäminen oli hankepainotteista. OuKa - hankkeen tavoitteena oli kehittää seudullinen työterveyshuolto seitsemälle kunnalle. Tämän vuoksi Oulunkaarta on seurattu ko hankkeen ja työterveyshuollon kehittymisen kautta.

Oulunkaaren kunnissa voidaan sanoa olleen huonosti toimiva työterveyshuolto ennen seudullista työterveyshuollon kehittämishanketta vuosina 2003-2004. Alueen toimijat kuvasivat työterveyshuoltoa neuvolatyyppiseksi, yksilölähtöiseksi toiminnaksi. Moniammatillisuutta ei ollut eikä työterveyshuollon toiminta vastannut hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteita. Ongelmat liittyivät pienten kuntien työterveyshuollon järjestämiseen. Poikkeuksena oli Pudasjärven vahva yksikkö, joka joutui seuran aikana vaikeuksiin lääkärin lähdön vuoksi ja lopulta työterveyshuolto ulkoistettiin. Iin lohkon työterveyshuolto nousi seuranta-aikana aluemallilla ja osaavalla lääkärillä vahvaksi yksiköksi. Lääkärin merkitys oli Oulunkaarella keskeinen tekijä työterveyshuollon toimivuudessa. Toisaalta päättäjät pitivät työterveyshuoltoa liian lääkärikeskeisenä.

Koska työterveysyksiköiden toiminta ontui eikä kunnilla ollut valmiuksia sitoutua seudulliseen työterveyshuollon kehittämiseen, keskityttiin OuKa - hankkeessa työterveyshuollon sisällölliseen kehittämiseen ja sitä kautta toiminnallisuuden parantamiseen. Pientä organisatorista paranemista työterveysyksiköissä tapahtui, syntyi kolme alueellista mallia. Näistä kuitenkin vain Iin lohko kehittyi merkittävästi. Seudullisen ja alueellisen työterveyshuollon järjestämisessä oli useita hankaluuksia: maantieteellinen etäisyys, kuntien kilpailu, seutuajattelu, kunta-ajattelu, terveyskeskusajattelu sekä tiedon puute työterveyshuollosta ja sen asemasta. Oulunkaarella kaivattiin työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteiskehittämistä sekä yhteisiä tavoitteita. Seudullinen työterveyshuollon kehittäminen ei onnistunut, vaan kehittäminen tapahtui kuntaryhmittäin.

Kuntapäätäjillä oli vähän, tai ei lainkaan, tietoa työterveyshuollosta. Informointia työterveyshuollosta oli niukasti ja vähäinen tiedotus koettiin olevan ”kapulakielistä”. Tämä oli myös kaivatun työterveyshuollon vahvistamisen esteenä. Työterveyshuoltoon kaivattiin uudenlaista dialogisuutta ja yhteistyötä. Päättäjät pohtivat kunnallisesta työterveyshuollosta luopumista, työterveyshuollon kehittäjät pitivät tätä suurena riskinä, joka toteutuessaan voi johtaa syrjäisten alueiden työterveyspalveluiden loppumiseen.

Työterveystoimijoiden itsensä arvioimana Oulunkaari oli seuranta-aikana selkeästi heikoin malli toiminnallisuudeltaan seuranta-aikana. Poikkeuksena oli I:n lohko.

Henkilöstön työn kuormittavuus, voimavarat ja työnhallinta kehittyivät myönteiseen suuntaan. Myös sosiaalinen tuki ja kehittämismyönteisyys olivat seuranta-aikana nousseet. Nousua oli etenkin I:n lohkossa, mikä selittää myös Oulunkaaren kokonaisnousua. II:n lohkossa työterveysyksikön irrottaminen terveyskeskuksesta koettiin työterveyshuollon toimijoiden keskuudessa positiivisena. Toimijat kokivat työterveyshuollon arvostuksen nousseen hankkeen myötä, poikkeuksena Pudasjärvi. Tämä selittyy osittain sillä, että syventäviin teemahaastatteluihin osallistuvien työterveyshuoltojen avainhenkilöt olivat kaikki II:n lohkosta, jossa yhteistyön koordinointi oli onnistunut hyvin.

Seuranta-aikana henkilöasiakkaiden kokemaa asiakastyytyväisyyttä parani hieman kaikilla osa-alueilla lukuunottamatta työterveysaseman sijaintia. Oulunkaaren yritysasiakkaat olivat myös hieman tyytyväisempiä työterveyshuoltoon 2006 kuin vuonna 2004. Parannusta ei kuitenkaan ollut niin paljon kuin henkilöasiakkaiden kohdalla.

Savonlinna

Savonlinnan Seudun Työterveys Ry:ssä yhdistyi yksityinen ja kunnallinen työterveyshuolto vuonna 2003. Ry:n taustalla oli yksityisillä toimijoilla työterveysasemien ja voimavarojen yhdistäminen supistuneen henkilömäärän vuoksi. Kunnallinen työterveyshuolto kipuili lääkäripulassa. Ry:n suunnittelu ja perustaminen vaati voimavaroja perustajajäseniltä ja kunnallisilta toimijoilta sekä käynnistämisaikavaiheessa työterveyshuollon toimijoilta. Ry onnistui vakauttamaan toimintansa. Myös ry:n ongelmana on ollut viime vuosina vakinaisen lääkärin saanti. Ry on saanut rekrytoitua vain osa-aikaisia lääkäreitä. Tämä on lisännyt hallituksen työtaakkaa, koska ennen työterveyshuollon johtavalle lääkärille kuuluneet hallintotehtävät ovat siirtyneet osin hallitukselle.

Ry:llä oli vaikeuksia julkisen ja yksityisen rahoituksen yhdistämisessä sekä voitottoman toiminnan vakuuttelussa. Esimerkiksi patentti- ja rekisterihallituksen, yhdistysrekisterin ja Kelan korvausasioiden kanssa oli käynnistävävaiheessa ongelmia. Alkuun oli myös paljon byrokratiaa, koska kaikki ry:hyn liittyvät yritykset tulee ottaa jäseniksi.

RY:n vahvuutena pidettiin oikeanlaisella henkilöstöresurssilla ja toiminnalla aikaansaatuja tehokkaita työterveyshuoltoja. Myös työterveyshenkilöstön työajan tehokkaampi allokointi on helppoa. Ry:n jäsenet kokevat saavansa enemmän työterveyttä ry:nä kuin jos raha kohdennettaisiin ulkoistettuun työterveyshuoltoon. Etuna nähdään ohjaus ja valvonta, yrityksen johtaja toimii työterveyspalvelujen tilaajana ja ry:n hallituksen jäsenenä palvelujen tuottajana. Tällaisessa tilanteessa on huomioitava työterveyshuollon asema sekä yritys- että henkilöasiakkaisiin ja varmistettava tietosuojaan liittyvät seikat. Lisäksi arvostettiin tarpeisiin vastaavaa palvelujen saatavuutta sekä palvelujen tuottamista omakustannushinnalla. Ry on vakiintunut taloudellisesti ja toiminnallisesti. Haasteena on vakiinnuttaa pysyvä ja määrällisesti oikea henkilökunta suhteessa asiakasmäärään sekä asiakaskunnan tarpeisiin.

ITE-itsearviointissa ry kohosi vuonna 2006 parhaiten toimivaksi yksiköksi. Se paransi seuranta-aikana toimintaansa melkein kaikissa arviointikohteissa. Tämä näkyi myös henkilöstön työhyvinvointikutke- lyn tuloksissa. Savonlinnan Seudun Työterveys ry:ssä työn psyykinen kuormittavuus pysyi ennallaan tai väheni hiukan. Vaikuttamismahdollisuudet omaan työhön lisääntyivät. Työtyytyväisyyden osateki- jöistä koettu työn mielekkyys ja henkilökohtaisen kehittymisen ja oppimisen mahdollisuus lisääntyivät seuranta-aikana. Terveyskeskuksen ja yksityisen yrityksen työterveyshuoltopalveluiden yhdistäminen tapahtui työterveyshenkilöstön mielestä odottamatta, valmistelematta ja nopeasti. Yhdistämissuunnitelmat oli jo tehty, kun työterveyshuolto tuli mukaan toteutuksen suunnitteluun. Lähtötilanne oli sil- ti myönteinen; uudistuksia, vaihtelua ja työn monipuolistumista kaivattiin. Myös keskinäinen konsul- tointimahdollisuus ja oman työn kehittäminen ovat nyt mahdollisia.

Vertailtaessa vuonna 2006 ry:n sisällä henkilö- ja yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä, on mie- lenkiintoista havaita alunperin yritysten työterveysasemien työterveyshuoltoon kuuluneiden yritysasi- akkaiden olevan tyytyväisempiä kaikilla osa-alueilla lukuunottamatta tyytyväisyyttä työyhteisötoimin- taan. Sama ilmiö on myös havaittavissa henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä tarkasteltaessa. Tosin ero ei ole niin iso kuin yritysasiakkaiden asiakastyytyväisyyttä vertailtaessa. Entisten yritysten työterve- ysasemien henkilöasiakkaat käyttivät myös yli kaksi kertaa enemmän työterveyspalveluita. Yritysasiak-

kaat olivat huomattavasti tyytyväisempiä kuin henkilöasiakkaat. Luottamus nousi henkilöasiakkaiden vastauksissa kehittämiskohteeksi verrattuna Oulunkaareen ja Nilsiään. Tällä on kytkös yritysasiakkaiden vahvaan rooliin ry:n hallinnossa.

Nilsia

Nilsia toimi tässä hankkeessa verrokkina. Alkutilanteessa Nilsian työterveysyksikkö toimi hyvin ja oli hyvin resurssoitu. Nilsian työterveyshuolto oli toiminut jo usean vuoden tulostavasti yksikkönä. Yhden lääkärin varassa oleminen aiheutti ajoittain toimintavarmuuden heikkenemistä. Resurssipula painottui seurannassa selkeästi. Ongelmia aiheutti lääkäripula sekä töiden epätasainen jakautuminen vuosikellolle. Lisäpaineita toi myös sairaanhoitoasiakkaiden lisääntyvä määrä. Työterveyshuolto ostaa lääkäripalvelua etenkin terveystarkastusten tekemiseen. Avustajan toimen lakkauttaminen näkyi asiakastytytyväisyyden heikkenemisenä etenkin tavoitettavuudessa. Kuntapäättäjät ja työterveyshuollon toimijat näkivät terveystarkastuksen johdon olevan välissään. Kuntapäättäjät kaipasivat tietämystä työterveyshuollosta. Nilsiässä tehtiin seuranta-aikana perusturvauudistus, jolloin myös työterveyshuollon hallinnollinen asema muuttui. Tämä koettiin työterveyshuollossa positiivisena, toimintaa järkevöittäneenä asiana. Työterveysyksikössä oltiin erittäin kehittämismyönteisiä, huolissaan oltiin kiireisen perustyön ja kehittämisen yhteensovittamisesta. Suurempia kehittämishaasteita Nilsian työterveyshuollossa on tulossa lähivuosina, kun fuusioituminen Siilinjärven terveystarkastuksen kanssa tulee ajankohtaiseksi.

Nilsian työterveyshenkilöstön itsensä arvioima toiminnallisuus vuonna 2006 oli selkeästi huonompi kuin vuonna 2004. Laskua oli havaittavissa kaikissa arviointikohteissa lukuunottamatta palveluprosesseja, itse-arviointia ja ilmapiirikartoituksia. Henkilöstön hyvinvoinnin yleisilme oli tulosten mukaan kuitenkin yksiselitteisen myönteinen. Kiire ja tekemättömien töiden paine oli lisääntynyt jonkin verran, mutta samalla työn voimavaratekijät olivat vahvistuneet; työterveyshenkilöstö koki tekevänsä tärkeää ja arvostettua työtä, kehittyvänsä työssään ja voivansa itse vaikuttaa työnsä kokonaisuuteen.

Nilsiässä asiakastytytyväisyys henkilöasiakkaiden arvioimana oli hyvä vuonna 2004. Henkilöasiakkaiden asiakastytytyväisyydessä ei tapahtunut muutoksia niin paljon kuin yritysasiakkaiden. Henkilöasiakkaat kokivat henkilökunnan tavoitettavuuden huonontuneen. Yritysasiakkaiden asiakastytytyväisyydessä oli tapahtunut muutoksia enemmän. Henkilöstön palvelualltius arvostettiin molempina vuosina erittäin korkealle. Muuten lähes kaikkien mitatut arvot olivat laskeneet. Eniten olivat laskeneet työterveyshenkilöstön näkyminen työpaikalla, työyhteisötoiminta sekä osallistuminen työpaikan työtoimintaan.

6.2 Tulosten yhteenveto

Toimintamalleista laadittiin **SWOT-analyysit**, joista tärkeimmät tekijät on koottu liitteenä olevaan taulukkoon (Liite 3). Analyysissä käsiteltiin toimintamallien vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia kaikkien käsiteltyjen näkökulmien tuottaman tiedon kautta. Oulunkaaren verkostoyhteistyöhön perustuvan toimintamallin vahvuuksia ovat kuntaryhmittäisen ajattelun syntyminen, siitä erityisen hyvänä esimerkkinä li:n lohkon voimakas kehitys. Vaikka Oulunkaareen liittyi paljon problematiikkaa, pystyy sen perusteella toteamaan, että pienillä hallinnollisten rakenteiden muutoksilla on vaikutusta henkilöstön työhyvinvointiin ja sitä kautta osaamiseen ja ammatti-identiteettiin sekä asiakastytytyväisyyteen saakka. OuKa-hankkeen tuloksena syntynyt yhteistyö vaikutti tähän. Savonlinnan seudulla ry puolestaan osoitti, että kunnallinen ja yksityinen työterveyshuolto pystyvät yhdistymään onnistuneesti ja tuottamaan kokonaisvaltaista työterveyshuoltoa. Vahvuutena ry:ssä on myös jäsenten valvonta ja ohjaus mahdollisuus sekä osin sen aikaansaama taloudellisuus ja tehokkuus. Yritysasiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä ry:hyn työterveyspalvelujen järjestämistapana. Työterveyshenkilöstölle ry toi parempaa työnhallintaa ja itsenäisyyttä. Nilsian työterveyshuollon vahvuus oli sen itsenäinen organisatorinen asema. Työterveyshuoltoa uudisti myös organisaatiomuutos. Työn voimavaratekijät ja ammatti-identiteetti kuuluivat myös työterveyshenkilöstön vahvuuksiin.

Oulunkaaren **heikkoudet** pohjautuivat pienten kuntien ja pienten työterveysyksiköiden problematiikkaan. Työterveysyksiköillä oli vähäiset resurssit, lääkäripulaa, moniammatillisuudessa vajetta ja työ-

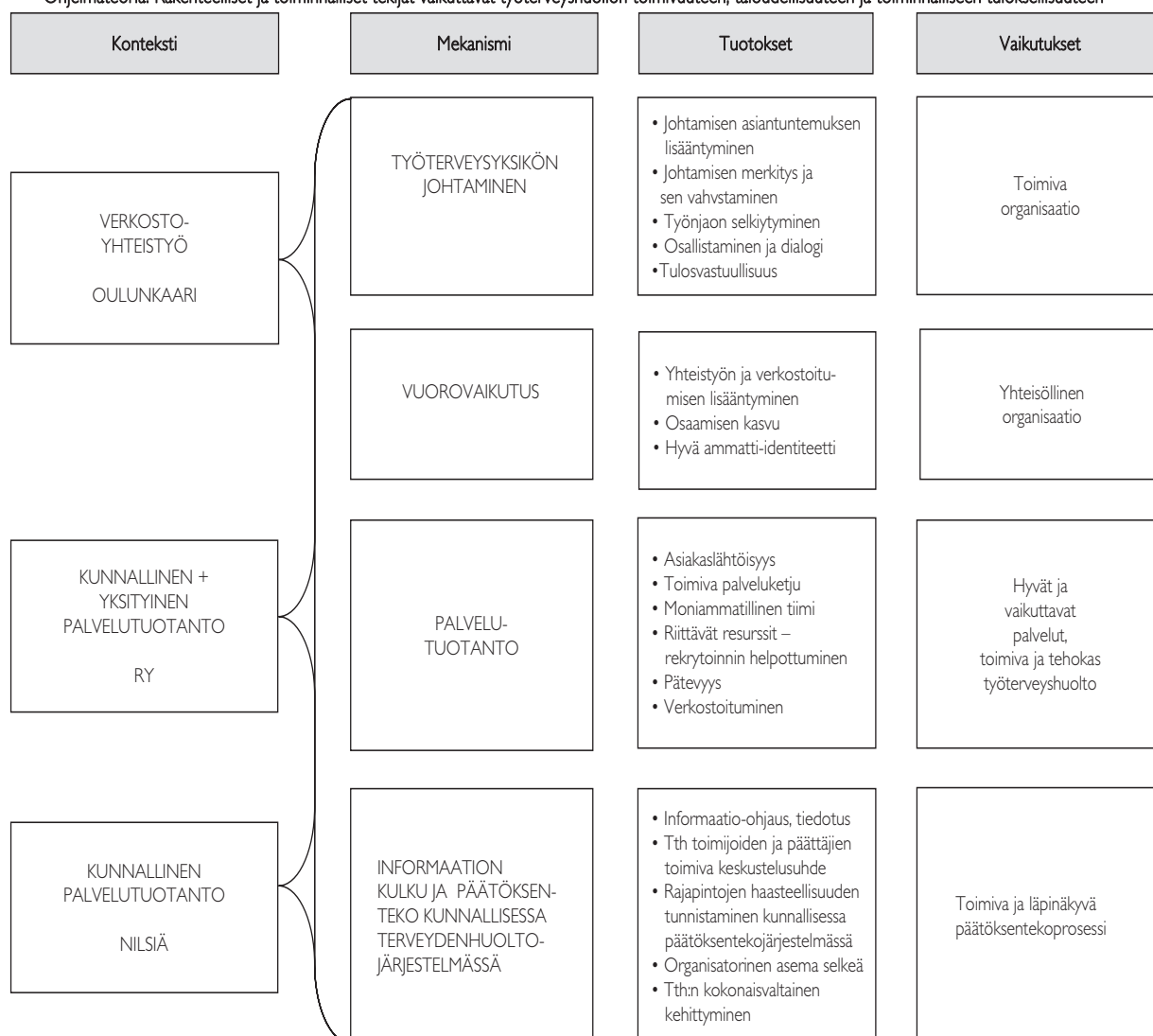
terveysyksiköiden toiminta perustui paljolti yksintyöskentelyyn. Nämä olivat osatekijöitä siihen, miksi Oulunkaarella kehittämistoiminta jäi hankekeskeiseksi. Yksi merkittävä tekijä oli myös vallitsevat erilaiset ajattelutavat. Tämä puolestaan aiheutti osin sen, että työterveyshuoltoa kehitettiin irrallaan muusta terveydenhuollosta. Konkreettisenä heikkoutena Oulunkaarella oli myös alueen maantieteellinen laajuus. Savonlinnassa ry:n heikkouksia olivat byrokratia ja sen tuoma hallinnoinnin vaikeus, koska kaikki työterveyshuoltoon liittyvät yritykset tulee ottaa ry:n jäseniksi. Ry:n alkusuunnittelussa työterveyshuollon toimijoita ei otettu mukaan, vaan käynnistuspäätöksen jälkeen käytännön toteutus jätettiin työterveyshuollon toimijoille perustyön ohessa hoidettavaksi. Tämä oli selkeä heikkous ry:n käynnistämisessä. Ry on myös joutunut tasapainottelemaan henkilöstö- ja asiakasmäärän välillä lääkäripulan takia. Alkuun ongelmia oli siinä, että ry:n ideaa voittoa tavoittelemattomana yksikkönä ei ymmärretty. Nilsin heikkoudet näkyivät dialogin puutteessa työterveyshuollon ja kuntapäätäjien kesken. Päätäjillä ei ollut tietoa työterveyshuollosta. Myös terveyskeskusjohdon tuki koettiin osin puutteelliseksi. Yksikkö on myös liian pieni, mikä aiheuttaa haavoittuvuutta etenkin lääkäriresurssin osalta. Haasteita tuo myös työn epätasainen jakautuminen vuosikellolla. Nämä näkyivät myös negatiivisena kehityksenä asiakastytytyväisyydessä.

Oulunkaaren luomat **mahdollisuudet** liittyvät paljolti li:n toimintamallin levittämiseen. Oulunkaarella tapahtui OuKa-hankkeen myötä työterveyshuollon roolin vahvistamista. Ry:n mahdollisuudet ovat sidoksissa vakiintuneeseen toimintamalliin. Positiivista kehitystä edesauttaa paitsi kasvava yksikkö niin myös ry:lle syntynyt hyvä maine edullisen ja laadukkaan työterveyshuollon tuottajana. Mahdollisuuksiin kuuluu myös ry:n toiminnan kehittäminen yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Nilsin työterveyshuollon mahdollisuudet liittyvät organisaatiouudistukseen ja tulevaisuuden fuusioon lähikunnan työterveysyksikön kanssa. Nilsin päättäjät arvostivat työterveyshuoltoa. Erikoisuutena Nilsissä on se, että työterveyslääkärin vastuuväestö muodostuu kaikista työterveyshuoltoon kuuluvista.

Toimintamalleihin liittyi myös **uhkia**. Oulunkaarella ne liittyivät paljolti työterveyshuollon rooliin ja asemaan. Oulunkaarella oli havaittavissa vastakkain asettelua kunnallisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä. Päättäjillä ei myöskään ollut Nilsin tavoin tietämystä työterveyshuollosta. Aja-tuksia kunnallisen työterveyshuollon lopettamisesta oli. Ry:n uhat liittyivät yksikkökokoon, joka on edelleen liian pieni. Tämä vaikuttaa haavoittuvuuteen erityisesti lääkäriresurssin osalta. Uhkakuvia luo ry:n henkilöasiakkaiden kokemaa alhaisempi luottamus verrattuna muihin toimintamalleihin. Yritysasiakkaiden asiakastytytyväisyys taas oli parempaa kuin muissa toimintamalleissa, joka selittyy tilaajan ja tuottajan rooleissa olemisella. Tämä haasteita toimintamallille oman paikkansa löytämisessä ja luottamuksen tunteen varmistamisessa henkilöasiakkaiden kohdalla. Savonlinnan seudulla oli myös kilpailutilanne kiristynyt.

Realistista arviointitutkimusta käytettiin syy-seuraus suhteiden hahmottamiseen. Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) on esitetty esimerkkejä syy-seuraus suhteiden muodostumisista. Syy-seuraus suhteet on muodostettu kontekstin perusteella, jotka tässä hankkeessa ovat erilaiset toimintamallit. Toimintamalleista on nostettu keskeisimmät mekanismit ja niiden tuomat tuotokset. Näistä on luotu vaikutusulottuvuus.

Ohjelmateoria: Rakenteelliset ja toiminnalliset tekijät vaikuttavat työterveyshuollon toimivuuteen, taloudellisuuteen ja toiminnalliseen tuloksellisuuteen



Kuvio 4. Tulosityhteenveto realistisen arviointitutkimuksen viitekehysessä

6.3 Pohdinta ja johtopäätökset

Hanke tuottaa uutta tietoa kokemuksista, joiden perusteella työterveyshuollon palvelurakenteita ja sisältöä voidaan kehittää joustavien palveluiden turvaamiseksi ja lisätä työterveyshuollon palvelujen saatavuutta sekä parantaa palveluja haja-asutusalueella. Tärkeää on muistaa, että olennaista ei ole järjestämistapa, vaan se, mitä sillä saadaan aikaan ja miten sitä pystytään kehittämään palvelujen saatavuuden, laadun ja sisällön osalta. Työterveyshuoltoa tulee kehittää tavoitteellisesti, kokonaisuus ja rajapinnat huomioonottaen. Tämän vuoksi toimintamallin on oltava paitsi tavoitteiden mukainen myös kulloiseenkin työterveyshuoltoon/ alueelle/ kontekstiin sopiva. Hankkeen tulosten perusteella osoitettiin, että toimintatapaa muuttamalla tai kehittämällä vaikutukset ulottuvat lyhyelläkin seurantavälillä sekä palvelujen saatavuuteen, työterveysyksikön toimivuuteen ja tuloksellisuuteen että asiakastytyvyyteen.

Toimintamallien tarkastelu eri näkökulmista, sekä menetelmällinen triangulaatio, antoivat monen- tasoista ja kattavaa tietoa toimintamalleista sekä antoivat mahdollisuuden luoda erilaisia syy-seuraus ja vaikuttavuusulottuvuuksia. Tutkimusasetelmalla saavutettiin hyviä käytäntöjä työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen eri näkökulmia hyödyntämällä.

Tämä hanke antaa myös tietoa laatutekijöistä eri näkökulmista tarkasteltuna. Laatutekijöitä tarkastellaan tässä hankkeessa toimintamallien eri tasojen kautta: toimintamalli, henkilöstö, palvelun tuotanto ja asiakkaille näkyvä laatu. Laatonäkökulma ja toimivuuden tarkastelu luovat edellytykset syy-seuraussuhteiden analysoimiselle. Hanke tuottaa tietoa siitä, miten työterveysyksikköä ja työterveyshuoltoa voi ja kannattaa kehittää erityisesti pienissä kunnissa ja pienissä työterveysyksiköissä.

Hankkeessa nousi keskeisenä esiin työterveyshuollon, muun terveydenhuollon sekä kunnallisen päätöksenteon rajapinnat. Työterveyshuolto poikkeaa muusta terveyskeskusympäristöstä toimintatavaltaan. Sen toimintaa säätelee kansanterveyslain lisäksi työterveyshuoltolaki. Tästä syystä terveyskeskuksen johdon, ja erityisesti kuntapäättäjien, voi olla vaikea hahmottaa työterveyshuollon toimintaa. Etenkin Oulunkaarella nousi esille problematiikka työterveyshuollon asemasta perusterveydenhuollossa sekä terveydenhuollon ja kuntapäättäjien kesken.

Nilsissä oli havaittavissa selkeää rajapintoihin liittyvää problematiikkaa etenkin terveyskeskuksen sisällä. Moniportainen päätöksentekojärjestelmä ja erilaiset ajattelutavat aiheuttivat Nilsissä sen, että työterveyshuolto nähtiin erillisenä toimijana terveydenhuoltojärjestelmässä. Terveyskeskuksen koettiin olevan vahva vaikuttaja kuntapäättäjien ja työterveyshuollon välissä. Työterveyshuollon merkitys tiedostettiin, mutta tietämystä päätöksenteon tueksi ei kuntapäättäjillä ollut riittävästi. Oulunkaarella ja Nilsissä vaikuttivat paljon erilaiset ajattelutavat: Nilsissä työterveyshuolto-ajattelu, terveyskeskusajattelu, kunta-ajattelu. Oulunkaarella sekoittavina tekijöinä olivat lisäksi seutuajattelu ja kuntaryhmittäinen ajattelu. Aineistossa nousi kaikkien toimintamallien yhteydessä keskustelu kunnallisen ja yksityisen työterveyshuollon paradigmaeroista. Ry:ssä pelättiin alkuun yksityisen työterveyshuollon ja kunnallisen työterveyshuollon ajattelumallien eroavaisuuksia, mutta nämä pelot osoittautuivat turhiksi. Ajattelumallien yhdistäminen oli saumatonta ja tavoitteellista. Yhteiset vahvat tavoitteet ohjasivat eri ajatusmallien yhteensovittamista. Ry:ssä rajapintoja etsittiin enemmän omistajajäsenten ja työterveyshuollon vastuissa etenkin lääkäripulassa. Tämä toimintamalli osoitti turhaksi liiallisen kategorisoinnin kunnallisen ja yksityisen työterveyshuollon välillä.

Hankkeessa kävi ilmi, että päättäjien tietämys työterveyshuollosta ja sen merkityksestä on vähäistä erityisesti pienissä kunnissa. Isommissa kunnissa ja kaupungeissa voi tietämystä olla enemmän. Positiivista on se, että tarvetta ja halua tietää enemmän työterveyshuollosta on. Pohdittavaksi jää, miten päättäjille suunnattua informaatio-ohjausta työterveyshuollosta tulisi järjestää. Jos työterveyshuolto tuotetaan pienellä, epäpätevällä henkilöstöllä, ei heillä ole välttämättä valmiuksia informoida työterveyshuollon tavoitteista ja mahdollisuuksista päättäjiä. Etenkin, jos edessä on isoja päätöksiä, olisi viisasta hankkia asiantuntija-apua ulkopuolelta. Informaatio-ohjauksen rinnalla on kehitettävä dialogisuutta työterveyshuollon-, terveydenhuollon ja kuntapäättäjien välille, jotta päästään yhteiseen tah-to- ja tavoitetilaan. Tarvitaan kumppanuutta yhteisen tavoitteen, hyvinvoivan väestön ja elinvoimaisen alueen saavuttamiseksi. Näin kehittämistyö tapahtuu rinta rinnan mahdollistaen työterveyshuollon vaikuttavan kehittymisen (vrt Oulunkaaren ongelmat erillään kehittämisestä). Työterveyshuoltoa kehitettäessä on huomioitava tarvittava asiantuntija-apu. Tämä hanke osoitti, että työterveyshuollon toimijoiden on hankala hahmottaa omaa työyksikköä ja sen toiminnallisuutta laajempaa kokonaisuutta. Resurssit ovat vähäiset, apua ja vertaistukea tarvitaan. Tämän vuoksi työterveyshuollon meneillään olevassa ja tulevassa muutoksessa ja kehittämisessä on huomioitava riittävä asiantuntijatuki sekä ajoitet-tava muutos- ja kehittämistyö oikein. Muutoksen olisi tultava ylemmältä tasolta, kunnilla ei ole riittä-vää tietämystä ratkaista asiaa. Myös tämän vuoksi päättäjien työterveyshuollon tietämystä tulee nostaa. Tärkeänä oppina kaikista toimintamalleista nousi kehittämiseen liittyvän kattavan tiedotuksen tarkeys läpi prosessin jo suunnittelusta alkaen. Näin saadaan eri tasojen toimijat ja päättäjät sitoutettua prosesiin ja tavoitteelliseen kehittämiseen. Hankkeen tulokset antavat myös selvästi ymmärtää, että kunnat ja niiden päättäjät on sidottava tiiviimmin mukaan työterveyshuollon kehittämiseen, jotta kehittäminen on onnistunutta.

Hanke lisäsi tietämystä pienten kuntien ja pienten kunnallisten työterveysyksiköiden ongelmista. Esimerkiksi Oulunkaaren erittäin pienillä yksikkökohtaisilla resursseilla aikaansaadaan vain yksilö-keskeiseen toimintaan ja erityisesti terveystarkastuksiin painottunutta työterveyspalvelua. Tämänkal-tainen toiminta ei vastaa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteita. Pitkäaikainen lääkärivaje oli saanut kuntapäättäjät mieltämään työterveyshuollon liian lääkärikeskeiseksi. Työterveysyksikkö, joka toimii työterveyshoitajavetoisesti ja jossa on vain vähän ulkopuolelta ostettua lääkäriresurssia ei tuota

lain edellyttämää työterveyspalvelua, etenkin jos lääkäri ei ole pätevä. Lain ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukainen toiminta edellyttää hyvää moniammatillista resurssointia, jossa lääkärin ja terveydenhoitajan lisäksi on järjestetty myös muut asiantuntijapalvelut. Työterveysyksikön koon kasvataminen vähentää tätä problematiikkaa.

Pienten työterveysyksiköiden ja pienten kuntien problematiikka nousi keskeisenä esille myös mietittäessä työterveyshuollon kehittämistä. Työterveysyksiköllä täytyy olla kokoa, jotta se pystyy kehittämään toimintaansa yksin tai yhdessä muiden kanssa. Pienet resurssit riittävät hädin tuskin perustointiin, mutta ei kehittämiseen. Pienten yksiköiden tulisikin toimia ryhmissä. Oulunkaaren tilanne osoitti sen, että pienillä työterveyshuolloilla voi olla myös merkittäviä puutteita työterveyshuollon tietotaidossa. Tämä aiheuttaa kehittämispaineita rakenteellisen kehittämisen lisäksi sisällölliselle kehittämiselle. Nämä ovat suuria haasteita työterveyshuollon kehittämiselle ja tulevaisuudelle ajatellen myös PARAS - hankkeen tuomia muutostarpeita.

Vaikka Oulunkaarella työterveyshuollon seudullinen ja osin alueellinen kehittäminen ei saavuttanut tavoitteitaan, nousi li:n lohko hyväksi esimerkiksi alueellisesta kehittämisestä. li:n lohkon työterveyshuolto kehittyi kaikilla mittareilla mitattuna merkittävästi. li:n toimintaa kehitettiin mikä näkyi parantuneena asiakastyytyväisyytenä, henkilöstön hyvinvointina sekä yksikön toiminnallisuudessa. li:n lohkon työterveyshuollon merkittävään kehitykseen vaikutti osaava ja tehtävänsä sitoutunut työterveyslääkäri sekä kolmen kunnan yhteiset näkemykset työterveyshuollosta. Taustalla oli myös kuntien maantieteellinen läheisyys, työterveyshuollon selkeä asema, lähipalvelumalli, lisäresurssointi sekä parantunut viestintä. li:n loholla aikaansaatu alueellinen yhteistyö antaa hyviä esimerkkejä muille muutoksessa eläville työterveyshuoltoyksiköille. Tällaisen toimivan alueellisen yhteistyön vaikutus ulottuu tulosten perusteella työterveyshuollon toimivuuteen, tuloksellisuuteen ja taloudellisuuteen ja pitkällä aikavälillä vaikuttavuuteen.

Verkostotyöskentely osoittautui toimivaksi keinoksi kehittää työterveyshuoltoa ja etenkin pieniä työterveysyksiköitä. Verkostotyöskentelyn erityinen anti oli Ouka - hankkeen perusteella yhteistyön kehittäminen ja vertaisverkoston rakentaminen. Verkostotyöskentely koettiin toimivaksi keinoksi rakentaa uutta, vaikka siihen liittyi myös uhkakuvia. Johtaminen koettiin uhkaksi, koska verkostotyöskentelyn pohjana on itseohjautuvuus tavoitteen suuntaisesti. Verkostossa johtajan rooli on olla ohjaaja, koordinoija, suunnannäyttäjä, strategioita luova sekä yhteistoimintaa ja yhteisiä käytäntöjä luova. Tavoitteena verkostossa on virtuaaliorganisaatio, jossa on fyysisiä palasia siellä täällä. Tavoitteena on myös, että verkoston antia pystyy konkreettisesti hyödyntämään työssä.

Tässä hankkeessa työterveyshuollon selviytymistä ja kehittämistä kannattelevaksi voimaksi nousi ammatti-identiteetti. Aikaisemmissa hankkeissa ja tutkimuksissa tämä ei ole noussut niin selkeästi esille. Yksi syy voi olla nykyhetkeen liitettävä muutos ja vahvan ammatti-identiteetin esiintulo muutoksen käsittelyä edesauttavana tekijänä. Oulunkaarella yhteistyö työterveyshuollon toimijoiden välillä ja työterveyshuollon sisällöllinen kehittäminen kasvattivat selkeästi ammatti-identiteettiä, mikä näkyi ammattitaidon kasvuna sekä itse-arvioinneissa että asiakastyytyväisyydessä. Eniten tämä vaikutti Oulunkaarella li:n lohossa, jossa saatiin parhaimmat ulkoiset tekijät ammatti-identiteettiä vahvistamaan. Mielenkiintoista on pohtia, pääseekö ammatti-identiteettiä muodostumaan pienissä yksiköissä. Myös Nilsiässä vertailtaessa eri tasojen (kuntapäätäjät, terveyskeskusjohto, työterveyshuollon toimijat) tuottamia tuloksia työterveyshuollon vahva ammatti-identiteetti nostetaan kaikilla tasoilla merkittäväksi tekijäksi työterveyshuollon selviytymisessä kulloisestakin haasteesta. Nämä tulokset antavat selkeitä neuvoja työterveyshuollon kehittämiseen siitä, että rakenteellista muutosta suunniteltaessa on huomioitava myös sisällöllinen kehittäminen sekä työterveyshuollon toimijat. Ilman tätä muutos ei ole onnistunut ja lopputulos toimiva.

Ry toimintamallina ja onnistuneena julkisen ja yksityisen yhdistämisenä nousi erittäin toimivaksi tavaksi järjestää työterveyshuolto. Asiakastyytyväisyyskyselyjen perusteella ry:ssä oli tyytyväisimmät yritysasiakkaat. Yritysasiakkuus koettiin onnistuneeksi, mikä erosi terveyskeskusten työterveyshuolloista, joissa oli havaittavissa tarvetta ottaa yritysasiakkuus paremmin hallintaan. Yritysasiakkaiden tyytyväisyys johtuu paljon valvonta ja ohjaus mahdollisuudesta sekä taloudellisesta ja tehokkaasta toiminnasta. Ry:ssä yritysasiakas on aktiivinen toimija ja läheinen kumppani. Kunnallisessa puolella yritysasiakkuuden hallinta oli passiivista. Henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyydessä ei ollut merkitseviä eroja. Henkilöasiakkaat kokivat luottamuksen jonkin verran alhaisemmaksi kuin muissa malleissa. Tämä joh-

tuu mitä ilmeisemmin yritysasiakkaiden vahvasta roolista ry:n toiminnassa. Pahimmillaan luottamus-pula voi heijastaa koettuja tai kuviteltuja tietosuoja-ongelmia. Koettuja tietosuoja-ongelmia ei tässä ry:ssä ollut havaittavissa. Haasteena työterveysyksiköllä on luottamuksen ja puolueettomuuden tarkastelu joka päiväisessä työssä.

Realistinen arviointitutkimus on vaikuttavuustutkimusta, joka keskittyy toimintaa ohjaavan käyt-täteorian tai ajatusmallin koetteluun: ”mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa”. Realistiseen arviointitutkimukseen selvitetään mekanismien, kontekstien ja tulosten yhteyttä vaikuttavuuteen. Tä-män hankkeen perusteella voidaan todeta realistisen arvioinnin soveltuvan hyvin työterveyshuollon tutkimiseen ja sen konkreettiseksi kehittämisen välineeksi. Realistinen arviointi lähtee käytännöstä luomaan vaikutuksia, joten sen soveltamismahdollisuudet erilaisissa työterveyshuollon toimintaympä-ristöissä on laajat. Tämä hanke osoittikin, että realistinen arviointitutkimus luo pohjan toimivalle arvi-oointimallille työterveyshuoltoon. Työterveysyksiköiden, työterveyshuollon toimintamallien ja palvelu-järjestelmän kehittämisessä tarvitaan ymmärtävää ja selittävää otetta, ei vain muutoksen mittaamista. Realistinen arviointitutkimus tarjoaa mahdollisuuden tähän ja vaikutusten selvittämiseen. Realistinen arviointitutkimus on yksi keino jalostaa yksinkertaisia ja käytännöllisiä välineitä työterveyshuollon vai-kuttavuusteorian ymmärtämiseksi ja testaamiseksi. Tässä hankkeessa luotu malli on tuotettu tämän hankkeen tulosten pohjalta. Tarkastelun kohteeksi nousivat siis kolmen toimintamallin konteksteista nousseet syy-seuraus suhteet ja vaikutukset. Realistista arviointitutkimusta ja myös tämän hankkeen tuotoksena syntynyttä arviointimallia voi soveltaa muihin työterveyshuollon toimintamalleihin ja ke-hittämistyöhön.

Johtopäätökset:

1) Kunnallisen työterveyshuollon onnistuneessa kehittämisessä keskeisiä asioita ovat:

- Kunta- ja terveydenhuoltopäätäjien tietämystä työterveyshuollosta ja sen mahdollisuuksis-ta työikäisen väestön terveyden, yritysten hyvinvoinnin ja alueen elinvoiman kasvattajana on lisättävä. Etenkin haja-asutusalueilla tietämys on puutteellista, vaikka tarve tietämykseen on havaittu. Tiedon tarve korostuu, kun PARAS-hankkeessa tehdään työterveyshuoltoa koske-via päätöksiä.
- Kunnallisessa työterveyshuollossa muutos on monitasoinen ja -ääninen. Muutoksessa ja sen suunnittelussa on huomioitava kunnallisen toimintaympäristön rajapinnat. Tavoitteellinen muutos vaatii eri toimijoiden ja erilaisten näkökulmien huomiointia ja yhteensovittamista. Esimerkkinä toimintaympäristö-, henkilöstö-, päättäjä-, asiakas- ja talousnäkökulma. Kehit-tämishankkeissa ja etenkin niitä suunniteltaessa keskeistä on kuntapäätäjien ja muun terve-ydenhuollon toimijoiden dialogi ja sitouttaminen.
- Pienten työterveysyksiköiden voimavarat eivät riitä lakisääteiseen hyvän työterveyshuolto-käytännön mukaiseen työterveyshuoltoon. Lääkäriresurssin turvaaminen haja-asutusalueilla on haaste työterveyshuollon toimivuuden kannalta. Pienillä yksiköillä on kehittämisshalua, mutta vähäisten resurssien ja puutteellisen osaamispääoman vuoksi kehittämiskykyä ei ole. Yksikkökokoja on tarve kasvattaa.
- Työterveyshuollon toimijat pystyvät tarkastelemaan työterveyshuollon kehittämistä oman yksikön toiminnallisuuden kautta. Laajemman näkemyksen ja tavoitteellisen rakenteita ja sisältöä koskevan kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa työterveyshuolloissa tarvitaan ulkopuolista asiantuntijatukea ja informaatio-ohjausta.

2) Kunnallisen ja yksityisen työterveyshuollon yhdistäminen on mahdollista, kun alueelliset lähtökoh-dat ovat suotuisat. Ry:n tyyppinen toiminta vastaa hyvin yritysasiakkaiden tarpeisiin. Kunnallisella työterveyshuolloilla on opittavaa yritysasiakkuuden hallinnasta. Koska yrittäjäasiakas toimii omista-jajäsenenä työterveysyksikön hallinnoijana, on työterveyshenkilöstön kiinnitettävä huomiota luotta-mukselliseen ja puolueettomaan toimintatapaan.

7 Lähteet

- Huhtala, S.: Työterveyshuolto kannattavaksi. Työterveyttä maataloille. Maatalousyrittäjien työterveyshuollon keskusyksikkö, Työterveyslaitos, Asiakastiedote.1999:1, 8.
- Lamberg, M. & Kaihilahti J.: Terveyskeskusten rooli työterveyshuollon palvelujen toteutuksessa. Työterveyslääkäri 2003:2, 170-172.
- Pulkkinen-Närhi, P. ja Manninen P.: Kunnalliset työterveysyksiköt uusia toiminta- ja organisointitapoja etsimässä. Suomen lääkärilehti 59 (2004): 11; 1175-79.
- Pawson R. & Tilley N.: Realistic Evaluation. Sage Lontoo, 1997
- Rostila, I.: Realistinen arviointitutkimus toimintamallin kehittämistyössä. Kirjassa: Järvikoski, A., Härkäpää K., Nokso-Juvonen: Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia 69/2001. Kuntoutussäätiö, Helsinki 2001. 35-53
- Räsänen, K. (toim.) Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000 -1990-luvun kehitystrendit. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2002
- Virokannas, H.: Kunnallisen työterveyshuollon organisointi. Työterveyslääkäri 2003:2, 163-168.
- Virokannas H & Österman M 2005: Seitsemän kunnan alueellinen työterveyshuolto: Oulunkaaren seutukunnan ja Vaalan kunnan työterveyshuoltojen verkostoyhteistyökokeilu. Loppuraportti.

Liite I.Yksikkökuvaukset vuonna 2005

	Henkilöasiakkaat	Yritysiasiakkaat	Henkilöstö
Oulunkaari (yhteensä)	5304	561	Työterveyshoitaja 5,5 kpl Työterveyslääkäri 3,75 kpl Työfysioterapeutti n. 4 pv/vk Terveyskeskusavustaja 1,5 kpl
Yli-Ii	250	36	Työterveyshoitaja 1,5 pv/vk Työterveyslääkäri 2 pv/kk Työfysioterapeutti 1 pv/vk
Utajärvi	582	72	Työterveyshoitaja 1 kpl Työterveyslääkäri 8h/vk
Vaala	862	102	Työterveyshoitaja 1 kpl Työterveyshoitaja 75 % Työterveyslääkäri 1 pv/vk
Ylikiiminki	525	48	Työterveyshoitaja 20 h/vk Työterveyslääkäri 2 pv/kk Työfysioterapeutti tarvittaessa
Pudasjärvi	2105	203	Työterveyshoitaja, 2 kpl Työterveyslääkäri, 1 kpl Terveyskeskusavustaja 1 kpl Työterveyslääkäri 2 pv/vk Työfysioterapeutti 2,5 pv/vk
Ii	980	100	Työterveyshoitaja 3,5 pv/vk Työterveyslääkäri 3,5 pv/vk Terveyskeskusavustaja 2,5 pv/vk Työfysioterapeutti 2 h/vk
Savonlinna	2200	140	Työterveyshoitaja, 3 kpl Työterveyslääkäri, 2 kpl Toimistonhoitaja (sh) 1 kpl
Nilsia	1500	360	Työterveyshoitaja, 3 kpl Työterveyslääkäri 1 kpl

Liite 2. Verkostoseminaarin posteri

VERKOSTOSEMINAARIT KUNNALLISEN TYÖTERVEYSHUOLLON ALUEELLISEN KEHITTÄMISEN MUOTONA

Vain harvoin yksin toimiminen johtaa toivottuihin tuloksiin.

Pelkällä verkoston jäsenyydellä ei etuja saavuteta, vaan verkostossa on osattava myös toimia ja jakaa hyviä käytäntöjä.

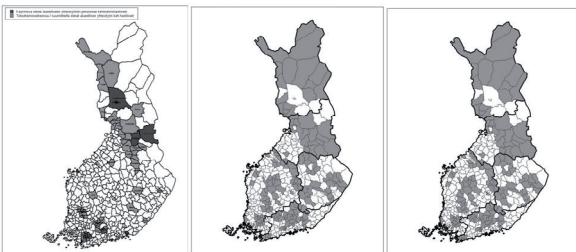
Verkostomaisen toimintamallin kehittäminen mahdollisuutena vaikuttavaan kehittämiseen yhdessä.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työterveyslaitoksen yhteinen verkostoseminaaritoiminta on osa VETO-ohjelman SEUTU-hanketta, jonka tavoitteena on kehittää kunnallisen työterveyshuollon palvelujärjestelmän toimivuutta, tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta.

6 verkostoseminaaria on koonnut yhteen 119 hanke-edustajaa ja asiantuntijaa v. 2002-2006.

- sisältönä ajankohtainen työterveyshuollon alueelliseen kehittämiseen liittyvä lainsäädäntö sekä kehittämishankkeiden toteuttamiseen liittyvä informaatio sekä hanke-esittelyt ja kokemusten jakaminen

Alueellisessa tai seutukunnallisessa työterveyshuollon kehittämishankkeessa mukana olevat kunnat



MITÄ VERKOSTOSEMINAAREILLA ON SAATU AIKAAN?

- kehittämis ehdotuksia lainsäädäntöön
- rakenteellisen muutoksen kehitys, kunnalliset työterveyshuollon liikelaitokset (kartta alla)
- kehittämishankkeiden määrän kasvu
- yleiskuva ja konsensus kunnallisen palvelujärjestelmän nykytilasta ja tulevaisuudesta
- verkostoseminaarimenetelmän laajeneminen työterveyshuollon sisällölliseen kehittämiseen
- hanke-edustajien keskinäinen tutustuminen
- vertaistukiverkoston syntyminen
- paljon uusia keskusteluaihioita nousut & kunnallisen työterveyshuollon tulevaisuusnäkymät mietityttävät, verkostoseminaaritoimintaa tulee kehittää vuorovaikutteisemmaksi sekä etsiä erilaisia toimintamuotoja!



Työterveyslaitos

**YHDESSÄ KEHITTÄMISEN JA
TEKEMISEN HALU ON SAATAVA
JATKUVAKSI VOIMAVARAKSI!**

Liite 3. Toimintamallien SWOT-analyyseista tehty yhteenvetotaulukko

Oulunkaari	Savonlinna	Nilsia
Vahvuudet		
Kuntaryhmittäinen ajattelu	Julkisen ja yksityisen työterveyshuollon onnistunut yhdistyminen, kokonaisvaltaista työterveyshuoltoa	Itsenäinen organisatorinen asema
Iin lohkon voimakas kehitys	Ry:n jäsenten valvonta ja ohjaus	Ammatti-identiteetti
Pienillä hallinnon rakenteiden muutoksilla vaikutusta työhyvinvointiin	Taloudellisuus, tehokkuus, resurssien allokointi	Työn voimavaratekijät
Yhteistyö työterveyshuollon toimijoiden kesken	Yritysasiakkaiden vahva asiakastytyväisyys	Organisaatiomuutos
Vahvistunut osaaminen ja ammatti-identiteetti	Työnhallinta ja itsenäisyys positiivisina tekijöinä	
Heikkoudet		
Pienet yksiköt, pienet resurssit, lääkärripula, moniammatillisuuden puute, yksintyöskentely	Byrokratia, hallinnointi, kaikki yritykset jäseniä	Dialogin puute päättäjien kanssa, päättäjillä ei tietoa työterveyshuollosta
Erilaiset ajattelutavat	Tasapainoilu henkilöresurssin ja asiakasmäärän välillä	Terveyskeskus johdon tuki koetaan osin puutteelliseksi
Kehittämistoiminta jäi hankekeskeiseksi	Ry:n voittoa tavoittelemattomuutta ei ole ymmärretty, ongelmia.	Liian pieni yksikkö, haavoittuva etenkin lääkärin osalta
Työterveyshuoltoa kehitetään irrallaan muusta terveydenhuollosta	Suunnittelussa ei ollut tth-toimijoita	Negatiivista kehitystä asiakastytyväisyyskyselyissä
Maantieteellinen laajuus	Käytännön toteutus työterveyslääkärin ja -hoitajan panostuksella, perustyön ohessa	Työn epätasainen jakautuminen vuosikellolle
Mahdollisuudet		
Iin toimintamallin levittäminen	Vakiintunut toimintamalli	Rakenteellinen muutos: perusturva- ja organisaatiouudistus. Fuusioituminen Siilinjärven kanssa
Työterveyshuollon roolia vahvistettiin	Hyvä maine: edullista ja laadukasta työterveyshuoltoa	Päättäjät arvostivat työterveyshuoltoa
	Työterveyshuollon kehittäminen yhdessä asiakkaiden kanssa	Erikoisuus: työterveyslääkärin vastuuväestön muodostavat kaikki työterveyshuoltoon kuuluvat. Kaikki maataloilla asuvat vastuuväestöä.
	Kasvava yksikkö	
	Ei voitonkerääjiä, toimii omillaan	

Uhat		
Julkinen terveydenhuolto vs työterveyshuolto ajattelu. Asenteiden vaikutus päätöksentekoon?	Edelleen haavoittuva pieni yksikkö. Lääkäripula.	Kuntapäättäjät näkevät työterveyshuollon vain kaupungin työntekijöiden näkökulmasta
Päättäjillä ei tietoa työterveyshuollosta	Yritysasiakas tilaajana ja tuottajana. Henkilöasiakkaiden luottamus alhainen. Tietosuoja?	Työterveyshuolto nähdään omana alueenaan. Päättäjät kokivat roolinsa vähäiseksi.
Kunnallisen työterveyshuollon lopettaminen	Pienillä yrityksillä ei kiinnostusta hallitustyöskentelyyn	
Työterveyshuollon erillään kehittäminen	Tasapainoilu henkilöresurssin ja asiakasmäärän kanssa	
Työterveyshuollon asema ja rooli epäselvä	Kilpailu paikkakunnalla kiristynyt	

- 2008:
- 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
 - 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
 - 3 Terveystenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
 - 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
 - 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantar ryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
 - 6 Sosiaalialan kehittämishanke 2003-2007. Loppuraportti. Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
 - 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
 - 8 Sluttrapport. Tillsynsprojekt för arbetarskyddet inom hälsovården.
ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)
 - 9 Työurat pitenevät. Veto-ohjelman indikaattorit II.
ISBN 978-952-00-2541-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2542-7 (PDF)
 - 10 Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Kaija-Liisa Seppä (toim.).
ISBN 978-952-00-2543-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)
 - 11 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2008. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2545-8 (PDF)
 - 12 Perhekeskustoiminnan kehittäminen. Perhe-hankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2546-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2547-2 (PDF)

- 13 Pysytään työssä. Vaikeavammaisten henkilöiden työssä pysymisen tukeminen.
ISBN 978-952-00-2548-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2549-6 (PDF)
- 14 Kirsi Alila, Tuija Portell. Leikkitoiminnasta avoimeen varhaiskasvatukseen. Avointen varhaiskasvatuspalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2552-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2553-3 (PDF)
- 15 Heikki Hiilamo. Promoting Children's Welfare in the Nordic Countries.
ISBN 978-952-00-2554-0 (pb)
ISBN 978-952-00-2555-7 (PDF)
- 16 Kaarin Ruuhilehto, Jari Knuuttila. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2560-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2561-8 (PDF)
- 17 Sosiaaliasiainministeriön toiminnan kehittäminen. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2562-5 (PDF)
- 18 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimustoiminnan tehostaminen. Työryhmän loppuraportti. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2563-2 (PDF)
- 19 Yksityisen sektorin työeläkkeiden rahoituksesta ja sen riskien hallinnasta.
ISBN 978-952-00-2596-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2597-7 (PDF)
- 20 Lapsella on oikeus osallistua. Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2008.
ISBN 978-952-00-2598-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2599-1 (PDF)
- 21 Tapio Kuure, Tom Tarvainen, Antti Peltö-Huikko, Maija Säkijärvi. "Kaikki kymmenen tikkua laudalla!" Onnistuvat opit -juurruttamishankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2607-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2608-0 (PDF)
- 22 Miia Eloranta. Perhevapaakampanja 2007-2008. Loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2611-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2612-7 (PDF)
- 23 Pirjo Pulkkinen-Närhi, Hanna Hakulinen, Päivi Jalonen, Pirjo Manninen. Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän kehittäminen. Erilaisten organisointi- ja toimintamallien arviointia (Seutu-hanke). (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2617-2 (PDF)